Rocznik XVII. marzec 1939 Nr 3

POLSKA STOMATOLOGIA

ORAZ

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

LWÓW WARSZAWA
KRAKÓW — POZNAŃ — WILNO

Organ Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza, Polikliniki Stomatologicznej Uniw. Poznańskiego i Krakowskiego, Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej, Centralnej Rady Zrzeszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, Związku Słowiańskich Stomatologów, Polskiego Komitetu Narodowego Międzyn. Związku Dentyst. (F. D. I.), Sekcji Polsk. Międzyn. Związku Stomat. (A. S. I.), Międzyn. Zw. Badających Przyzębicę „Arpa" oraz Związku i Tow. Lekarzy-dentystów Chrześcijan w Warszawie.

TREŚĆ: Str.

SOMMAIRE: p

Abonament roczny 22 zł. — Cena niniejszego numeru 2·50 zł.
Adres Redakcji i Admin.: Lwów, ul. Gen. Rozwadowskiego 5a.
P. K. O. 505.125.

Naczelny Redaktor: Prof. Dr. Antoni Cieszyński.
Wydawcy: Związek Stomatologów Izby Lekarskiej i Prof. Dr. A. Cieszyński.

Drukarnia „Dziennika Polskiego", Lwów, ul. Cicha 5.

Z Polikliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Poznańskiego
Kierownik zast. Prof. Dr. Leon Lakner

Dr. med. L. LAKNER POZNAŃ
Docent i Zast. Prof. U. P.

CHEMOTERAPIA W PRZYPADKACH ZAKAŻENIA USTNEGO I ZACHORZEŃ ROPNYCH JAMY USTNEJ I SZCZĘK.

Thérapeutique chimique dans les cas d' infection buccale et des affections pyogènes de la cavité buccale et des mâchoires.

Die Chemotherapie bei Herdinfektion und pyogenen Erkrankungen der Mundhöhle und der Kiefer.

Dok. pol. 39·0 Doc. int. 615.7:616.31

Niejednokrotnie w praktyce stomatologicznej spotykamy się z tym, że zabiegi chirurgiczne, jak usunięcie zębów, odcięcie wierzchołka korzeniowego i t. p. nie tylko nie dają od razu dodatnich wyników, lecz nieraz nawet wywołują zaostrzenie ogólnego stanu chorobowego. Obserwujemy to mianowicie wtenczas, gdy mamy do czynienia z wtórnym zakażeniem całego organizmu lub poszczególnych narządów, wywołanym przez drobnoustroje z pierwotnych ognisk zapalnych, znajdujących się w jamie ustnej, czy też w tkankach okołozębowych. Leczenie w takich przypadkach powinno przybrać szerszy zakres, nie ograniczając się jedynie do zabiegu chirurgicznego. W obecnej dobie zwalczamy zakażenie ustroju zwłaszcza paciorkowcami — środkami, które możnaby podzielić na dwie zasadnicze grupy: a) uodpornianie ustroju drogą transfuzji, szczepienia i t. p., b) bezpośrednie zwalczanie samych bakteryj drogą chemoterapii.

Do pierwszej grupy środków zwalczających zakażenie należą: szczepionki-wakcyny i autowakcyny. Autorzy, jak Lamare i Largent uważaja, że szczepienie w przypadkach rozwiniętej septicaemii są na ogół mało skuteczne. Według ich doświadczeń klinicznych, stosując zastrzyki i szczepionki, należy zwrócić uwagę na następujące rzeczy:

1) zastrzyki szczepionkowe lepiej stosować, robiąc dłuższe przerwy,

2) dawki słabsze dają lepsze wyniki aniżeli dawki za silne,

3) dawkowanie powinno być zdaniem autorów odwrotnie proporcjonalne do natężenia zakażenia t. zn. im większe zakażenie, tym słabsze zastrzyki,

4) u chorych wyniszczonych i cierpiących na nerki w przypadkach zakażenia ogólnego szczepionek używać nie należy,

5) należy koniecznie ustalić rodzaj drobnoustrojów.

Najskuteczniejszą jest autowakcyna, wyhodowana z bakteryj wywołujących zakażenie. W razie niemożności szybkiego jej przygotowania, należy zdaniem autorów używać początkowo szczepionek standartowych.

W cięższych przypadkach t. j. w septicaemii i septicopyaemii walczymy z zarazkami drogą transfuzji i immunotransfuzji.

Podług Bonneta przy zakażeniach gronkowcami posługujemy się transfuzjami, przy zakażeniach paciorkowcami stosujemy immunotransfuzję. Zaznaczyć jednak należy, że przy tym ostatnim zabiegu możemy posługiwać się jedynie krwią osób sztucznie uodopornionych, a nie krwią rekonwalescentów.

Często też stosujemy w walce z drobnoustrojami surowice. Wprowadzamy je do ustroju jako obce białko, które spełnia zadanie proteinoterapii.

Znane też jest leczenie zastrzykami metali koloidalnych, injekcjami mleka i t. p. Środki te na ogół nie dają szybkich i korzystnych wyników.

Przy ogólnym zakażeniu organizmu, względnie jego narządów leczenie internistyczne powinno iść w parze z gruntownymi zabiegami chirurgicznymi, o ile takowe są konieczne. Forsowanie jednakowoż tych zabiegów nie jest wskazane, ponieważ niejednokrotnie obserwuje się w takich przypadkach ogólne pogorszenie stanu zdrowotnego. Spostrzegałem dosyć często, że po usunięciu zębów z ogniskami następowało podwyższenie ciepłoty, przyśpieszenie tętna, bóle w poszczególnych narządach i t. p.

Obecnie przechodzę do omówienia jednej z najnowszych metod, a mianowicie chemoterapii, używanej przy zakażeniach wywołanych zwłaszcza paciorkowcami.

Preparaty sulfamidowe, zbadane przez Domagha w roku 1935, używane przy zakażeniach streptokokowych dają wyniki niewątpliwie dodatnie. Niektórzy z autorów przypisują tym preparatom takie samo znaczenie w medycynie jak arsenobenzenowi Ehrlicha.

Domagh i jego współpracownicy pracując nad wynalezieniem nowych związków chemicznych zatrzymali się nad barwikami z grupy azowych pochodnych chryzoidyny. Później dopiero stworzyli oni sulfamido-chryzoidynę, którą wyleczono od 60 do 100% myszy, zakażonych paciorkowcami. Trefonel, Nitti i Bovet stwierdzili, że czynnikiem leczniczym przy tym barwiku jest grupa sulfamidowa SO_2NH_2, a nie azowa. Fourneau był pierwszym, który zsyntetyzował para-amino-benzeno-sulfamid i wykazał jego wybitną aktywność.

W dalszym ciągu badań Goissedet, Despois, Gaillot i Mayer uzyskali syntezę benzylo-amino-benzeno-sulfamidu i wykazali, że ten związek, posiadając wielką siłę bakteriobójczą równocześnie jest nieszkodliwy dla ustroju.

Z środków chemoterapeutycznych najbardziej są u nas znane Prontosil Mercka, Septazin Spiessa i Antistreptin „Geo". Środki te stosuje się albo w tabletkach doustnie albo też w zastrzykach. Ogólną charakterystykę ich składu chemicznego podaję poniżej:

1) Prontosil rubrum:

tabletki zabarwione — sulfamido-chryzoidyna.

Prontosil album:

tabletki bezbarwne — para-amino-benzeno-sulfamid

Prontosil solubile:

zastrzyki — sól dwusodowa kwasu sulfamido-benzyl-azo-scetyloamino-naftalino-dwusulfonowego.

2) Septazin:

tabletki bezbarwne — benzyl-aminobenzen-sulfamid.

Septazin solubile:

6% roztwór powyższego związku.

3) Antistreptin:

tabletki bezbarwne — amid kwasu para-amino-benzeno-sulfamidowego.

Antistreptin solubile:

15% roztwór powyższego związku.

Zdolność bakteriobójcza wyżej wymienionych preparatów in vivo w walce z paciorkowcami stwierdzona została przez cały szereg uczonych. Z obserwacyj Domagha, Mayera, Levatidiego i Vaismana nad działaniem Prontosilu dowiadujemy się, że lek ten z jednej strony zmniejsza odporność bakteryj i utrudnia ich przenikanie w głąb organizmu, a z drugiej strony pomaga do wiązania i unieszkodliwiania jadów, przez nie wytwarzanych. Domagh uważa, że efekt leczniczy związków tych nie polega na oddziaływaniu nieswoistym, n. p. na podrażnieniu układu śródbłonkowego-siateczkowego, lecz że środki te wywierają szkodliwy wpływ na same zarazki chorobotwórcze. Niszczenie drobnoustrojów odbywa się w ten sposób, że leukocyty i fagocyty, które znajdują się we krwi i w ogniskach zapalnych, pochłaniają łatwiej uszkodzone zarazki i ostatecznie je niszczą. Stwierdzono również, że nawet specjalnie złośliwe paciorkowce hemolizujące pod wpływem tych związków chemicznych poddają slę działaniu fagocytozy. Jednakowoż i sam organizm chorego musi energicznie reagować, by osiągnąć dodatnie wyniki. Według Domagha nawet przy zastosowaniu Prontosilu w większych dawkach nie osiągnie się pomyślnych wyników, jeżeli ustrój znajduje się już w stanie

zupełnego wyczerpania i nie rozporządza już żadnymi naturalnymi siłami obronnymi w walce z drobnoustrojami. Odnosi się to również do przypadków, gdy w chorym organizmie zaistnieją głęboko sięgające zmiany anatomo-patologiczne lub wielkie skupienia bakteryj, niedostępne dla leków, krążących we krwi. Do leczenia tych zakażeń należy przystępować niezwłocznie po ich stwierdzeniu. W przypadkach ciężkich niezależnie od doustnego podawania tabletek wskazane jest stosowanie zastrzyków.

Ogólne uwagi Domagha o oddziaływaniu Prontosilu na drobnoustroje można zastosować również i do Septaziny i Antistreptiny.

Zakażenia powodowane paciorkowcami wymagają odpowiedniego dawkowania. Prontosil n. p. należy podawać w dostatecznej ilości przez 3—4 dni. Trzeba przy tym zwrócić uwagę, aby zawartość leku osiągnęła najwyższy dopuszczalny poziom nasycenia w sokach i tkankach, co jest koniecznym dla zwalczania choroby. Zasadniczo podaje się 2—3 g dziennie doustnie i 0,25—0,75 g domięśniowo. Tabletki należy przyjmować po jedzeniu i popić jakimkolwiek płynem.

Leczenie Prontosilem jest skuteczniejsze przy krótszym a obfitszym podawaniu niż za pomocą dawek rozdrobnionych. Jeżeli jednak stan chorego wymaga dłuższego stosowania Prontosilu, kurację taką należy co pewien czas przerywać na około 8—10 dni. Leczenie wymaga bezwarunkowo ścisłej kontroli lekarskiej. Na ogół nie powinno ono trwać dłużej niż 14 dni. Dawkowanie u niemowląt i dzieci musi być naturalnie odpowiednio zredukowane. Podaje im się 3 razy dziennie po 0,5 g. Zazwyczaj chorzy znoszą Prontosil dobrze. Jednakowoż wskutek przedawkowania obserwowano czasem zaburzenia nerwowe, polegające na paresteziach i sinicy, połączonej z bólami głowy. Uboczne te objawy znikały szybko po odstawieniu leku.

Poza wewnętrznym zażywaniem zaleca Recknagel okłady miejscowe z Prontosilu, które stosuje n. p. przy ropniach.

Drugim ze środków, najczęściej u nas stosowanych w przypadkach zakażenia paciorkowcami jest Septazin. Przebieg reakcji organizmu na działanie Septaziny obserwowało u nas wielu autorów jak Kucharski, Hłasko i inni. Obserwacje, przeprowadzone przez Kucharskiego w wielkiej ilości przypadków ustaliły, że aż do ustąpienia objawów chorobowych należy chorym podawać 3 razy dziennie po 2 tabletki. Chory powinien je popić herbatą z sokiem cytrynowym, który ułatwia rozpuszczanie się Septaziny. Jeżeli stan choroby jest wyjątkowo ciężki, Kucharski nie waha się podawać przez

pierwsze dwa dni 8—10 tabletek. Przez następne 4—14 dni podaje się choremu jeszcze po 4, 3 lub 2 tabletki.

Hłasko twierdzi, opierając się na obserwacji swoich chorych, że w przypadkach lekkich zakażeń wystarczy stosowanie tabletek, w cięższych zaś należy używać zastrzyków poza dawkowaniem doustnym. Jak przy każdym zakażeniu należy leczenie Septaziną rozpocząć jak najwcześniej i przerwać je dopiero po zupełnym spadku temperatury. Brak toksyczności oraz objawów ubocznych przy leczeniu Septaziną pozwala u chorych na jej dawkowanie nawet w przypadkach ze zmianami układu sercowo-wątrobowego i sercowo-nerkowego.

Ostatnim z najczęściej u nas spotykanych środków chemoterapeutycznych jest Antistreptin „Geo" w postaci tabletek, zawierających 0,3 g czynnego ciała i Antistreptin solubile „Geo" 15%. Badania nad tym środkiem przeprowadzali pomiędzy innymi Ceypek i Paszkowski w Klinice chorób uszu, nosa, gardła i krtani przy Uniwersytecie J. K. we Lwowie. Obserwacje ich dotyczą 23 chorych, leczonych klinicznie i 60 leczonych ambulatoryjnie. Wyniki kuracji były na ogół dodatnie. Według cytowanych autorów podawano chorym Antistreptinę według następującego schematu:

do lat 10 . . . . 2—4 tabl. dziennie
do lat 15 . . . . 4—6 tabl. dziennie
powyżej lat 15 . . . . do 8 tabl. dziennie

Ceypek i Paszkowski stosowali poza tym pozajelitowo 15% Antistreptin solubile domięśniowo, dożylnie i dordzeniowo. Zależało to od jakości przypadków, przy czym nie zauważono objawów ubocznych. Autorzy zaprzestawali podawania Antistreptiny po paru dniach bezgorączkowych.

Dobiecki jest zdania, że dobre skutki leczenia Antistreptiną można uzyskać jedynie zastrzykami bez dodatkowego dawkowania doustnego. To silne działanie lecznicze zastrzyków przypisuje on wysokiemu stężeniu środka.

Mamy nader rozległą literaturę lekarską dotyczącą działania związków sulfamidowych, powiększającą się z każdym dniem. Z autorów naszych wielkie zasługi ma niewątpliwie Kucharski, który próbował wyżej wymienione środki chemoterapeutyczne w całym szeregu schorzeń infekcyjnych. W 29 przypadkach róży wykazuje on 29 wyleczeń. W innych przypadkach jak angina tonsillaris, scarlatina, sepsis, otitis media acuta, phlegmone, furunculosis, pyelitis, osteomyelitis acuta, razem 72 przypadki — autor uzyskał na ogół dobre wyniki.

Mogilnicki, opierając się na obserwowanych i leczonych przez

siebie przypadkach róży, stwierdza, że chemoterapia stanowi olbrzymi postęp w pediatrii.

Cały szereg innych autorów, jak: Baranowska, Danielewicz, Kotłowska, Sztolzman-Łapińska i t. d. uważają, że dotychczas uzyskane wyniki przez zastosowanie związków sulfamidowych w walce z zakażeniami, wywołanymi przez paciorkowce lub gronkowce, powinny zachęcić ogół lekarzy do dalszego badania tych środków.

Mimo to, że w praktyce spotyka się stomatolog prawie codziennie nie tylko z ropnymi zachorzeniami i zapaleniami w samej jamie ustnej, ale często i z zakażeniem ogniskowym, wychodzącym z tkanek okołozębowych — w literaturze stomatologicznej znajdujemy niestety bardzo mało prac na powyższy temat (Feise, Szepelski, Gauss). Byłoby jednakowoż wskazanym, aby przez wzgląd na ważność zagadnienia o zakażeniu ustnym, lekarze stomatologowie zachęcili się do badań zarówno doświadczalnych, jak i klinicznych w tej materii.

W Poliklinice Stomatologicznej U. P. i w mojej prywatnej praktyce już od dłuższego czasu stosuję chemoterapię nie tylko w przypadkach zachorzeń ropnych dziąseł i szczęk, lecz także przy komplikacjach po zabiegach chirurgicznych. Obserwuje się często tego rodzaju powikłania u chorych, którzy już leczyli się uprzednio lub leczą się u internistów jako podejrzani o zachorzenie na tle zakażenia ustnego. Po usunięciu zębów można u nich, jak już wyżej nadmieniłem, spostrzec zaostrzenie się ogólnego stanu chorobowego w postaci podwyższenia ciepłoty, bólu stawów i mięśni, złego samopoczucia, bezsenności i t. p. Należy to przypisać zapewne masowemu rozsianiu się bakteryj z ognisk zębowych do krwiobiegu po ekstrakcjach. Dlatego też tego rodzaju chorym przed, podczas i kilka dni po zabiegach podajemy jeden z wyżej wymienionych środków, przeważnie Septazinę. Jak stwierdzono, jest ona przy swoim działaniu silnie bakteriobójczym najmniej toksyczną dla organizmu. Podajemy choremu w celach zapobiegawczych 3—4, w celach leczniczych 6—8 tabletek dziennie. Obserwowaliśmy często, że ujemne objawy poekstrakcyjne poprawiały się wraz z ogólnym samopoczuciem.

Poza tym stosowaliśmy Septazinę w przypadkach ostrego i przewlekłego zapalenia szpiku kostnego szczęk, poza przeprowadzanym leczeniem chirurgicznym. W tych przypadkach miałem możność stwierdzić, że użycie Septaziny skracało okres pooperacyjny, obniżało temperaturę i polepszało samopoczucie chorego. Potwierdzają to obserwacje Feise i Gaussa.

Feise wyleczyła ostre zapalenie śluzówki jamy ustnej za pomocą Prontosilu w tabletkach. Nawet w wielu przypadkach ciężkiego, wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej, po domięśniowych zastrzykach Prontosilu, stan chorych poprawiał się bardzo szybko. Stomatitis aphtosa, pleśniawkę, powtarzającą się często u pewnej chorej, wyleczyła Feise po sześciu domięśniowych zastrzykach i ośmiu dawkach Prontosilu w tabletkach. Leczenie to było powolne, lecz niemniej skuteczne. Autorka używała też z pomyślnym wynikiem Prontosilu podczas ząbkowania, porażenie nerwu twarzowego po anginie, przy utrudnionym wyrzynaniu się zębów mądrości, połączonego z ropowicą i t. d.

Szepelski stosował Antistreptinę „Geo" w przypadkach ropowicy, zapalenia szpiku kostnego, ropnego zapalenia okostnej, ropnego zapalenia miazgi i surowiczego zapalenia miazgi. Autor doszedł do wniosku, że Antistreptina w przypadkach bólów poekstrakcyjnych uśmierzała bóle prawie w 100% w ciągu kilku lub kilkunastu godzin, a następnie znosiła je zupełnie w 91%. Stowanie jej w zapaleniach miazgi nie dało wyników tak dodatnich. Natomiast przy leczeniu ostrych zapaleń ozębnej i okostnej Antistreptina dawała wyniki bardzo dodatnie. Zdaniem autora Antistreptina nadaje się specyficznie do leczenia spraw ropnych ostrych, przyśpiesza wyzdrowienie i skraca wybitnie okres rekonwalescencji.

Gauss podawał Prontosil w przypadkach schorzeń jamy ustnej. W jednym z podawanych przez niego przypadków, podczas wyrzynananania się zęba mądrości temperatura podniosła się do 39,8°. Po jednorazowym zastrzyku 5 cm Prontosilu solubile i po zażyciu 2 tabletek zaobserwował on szybką poprawę, po drugiej injekcji nastąpiło wyleczenie. Gauss stwierdził w przypadkach zakażeń ogniskowych pochodzenia zębowego, zwłaszcza z zaburzeniami artretycznymi, że podawanie Prontosilu w tabletkach uśmierzało dolegliwości u chorego. Środek ten działał również skutecznie przy stanach zapalnych, po trudnych ekstrakcjach zębów, przy anginach, przy zapaleniu błony śluzowej jamy ustnej i t. p.

Ceypek i Paszkowski podają, że po zażyciu doustnym Antistreptiny szybko ustępowały u chorych objawy ogólne i miejscowe zapalenie jamy ustnej.

Wyniki przytoczone powyżej z piśmiennictwa i z własnej praktyki nad leczniczym działaniem środków sulfamidowych, przekonują nas, że powinne one znaleść szersze niż dotychczas zastosowanie w stomatologii. Jak ważne są one w naszym lecznictwie, niech świadczy

kilka przypadków, które przytaczam z własnej praktyki oraz ciekawe spostrzeżenia Kucharskiego.

1) Chory A. Sz, lat 21, robotnik, przy pierwszym badaniu skarżył się, że od dwóch tygodni cierpi na silne bóle dziąseł i jamy ustnej, co mu uniemożliwia spożywanie pokarmów. Wstając rano ze snu spostrzegał, że niejednokrotnie poduszka była poplamiona krwią. Badanie jamy ustnej wykazało silne ropne zapalenie dziąseł w górnej szczęce, przy czym brodawki dziąsłowe były prawie zniszczone. Lewa szczęka była więcej zaatakowana niż prawa. W dolnej lewej szczęce na przestrzeni od kła do zęba mądrości były dziąsła w stanie silnego zapalenia i bardzo bolesne na ucisk. Na policzku w okolicy ostatnich dwu trzonowców i kła można było zauważyć erozje błony śluzowej wielkości dwugroszówki. Foeter ex ore. Stan podgorączkowy. Po wskazanych zabiegach, jak zdjęcie kamienia nazębnego, przemywanie utlenioną wodą, stan nieco się poprawił, lecz wygojenie ran nie następowało. Ponieważ i pędzlowanie 10%-owym kwasem chromowym oraz 5%-ową Pyoktaniną nie dało zupełnie dodatnich wyników, przepisałem choremu po 6 tabl. dziennie Septaziny oraz stosowałem miejscowe okłady z gazy przepojonej 15%-ową Antistreptiną solubile. Stan zachorzenia, dotąd przewlekły, po kilku dniach podawania Septaziny po 4—6 tabletek dziennie szybko się poprawił i ciepłota spadła do normy. Rany zaczęły normalnie goić się. Po dwóch tygodniach chory czuł się zupełnie dobrze.

Rozpoznanie: *Stomatitis ulcerosa.* Na szybki i korzystny przebieg leczenia wpłynęło moim zdaniem równoczesne stosowanie obu wyżej podanych środków w postaci tabletek i okładów. Do okładów używałem 15% Antistreptiny solubile z powodu wysokiego stężenia środka i silnego niewątpliwie działania leczniczego.

Przyp. 2) Chory M. C., lat 28, od kilku dni odczuwał silne bóle w górnej prawej szczęce. Ciepłe okłady robione w domu, nie tylko nie pomagały, lecz wzmagały jeszcze dolegliwości, tak że chory zmuszony był szukać pomocy lekarskiej. Badanie chrego wykazało nabrzmienie policzka i wypuklenie szczęki w okolicy 4—7 zęba. Przy ucisku, który był bolesny, odczuwało się chełbotanie, ciepłota dochodziła do 38,6°C. Roentgenogram uwidocznił jamę w granicach wyżej opisanej przestrzeni.

Rozpoznanie: torbiel korzeniowa w stanie ostrego zapalenia. Podczas operacji metodą Partscha wypłynęła wielka ilość ropy. Mimo kilkakrotnych zmian gazy jodoformowej ropienie nie ustawało. Zastosowałem przemywania i opatrunki z Antistreptin solubile i podawanie sześciu tabletek Septaziny dziennie. Po dwu dniach temperatura, która trzymała się dotychczas na 37,3°C do 37,6°C spadła do normy, po kilku dniach ustało też ropienie.

Także i w tym przypadku trzeba pokreślić, że po zastosowaniu środków chemoterapeutycznych wyleczenie miało bardzo szybki przebieg.

Przyp. 3) Pan P., nauczyciel, lat 30. U chorego po nieudanej ekstrakcji zęba mądrości w dolnej lewej szczęce nastąpiło ostre zapalenie szpiku kostnego. Wskutek tego chory musiał udać się do szpitala. Policzek oraz żuchwa były silnie nabrzmiałe. Temperatura wynosiła 38,9°C. Z powodu silnego szczękościsku usunąłem choremu zęby 6—8 w uśpieniu, przy czym po ekstrakcji

wylała się z ran gęsta, cuchnąca ropa. Roentgenogram wykazał w kącie żuchwy martwiak wielkości pięciozłotówki oraz drugi mniejszy blisko usuniętego 1 trzonowca. Temperatura podgorączkowa, samopoczucie złe, ogólne osłabienie organizmu. Po zabiegu chirurgicznym podawałem choremu Septazinę do 8 tabletek dziennie przez okres 4 dni, później po 4 tabletki. Złe samopoczucie już po kilku dniach ustąpiło, nacisk twardy zmniejszył się. Po operacyjnym usunięciu martwiaka w kącie żuchwy ropienie szybko ustało i nastąpiło zupełne wyleczenie.

Można przyjąć, że podawanie Antistreptiny przyśpieszyło wyzdrowienie i skróciło wybitnie okres rekonwalescencji.

Przyp. 4) Chory St. B., lat 50, został przesłany przez internistę celem roentgenologicznego zbadania zębów. Cierpiał on bowiem na silne bóle w stawach górnych kończyn, przypuszczalnie wskutek ognisk, znajdujących się w zębach. Roentgenogramy wykazały kilka martwych zębów ze zmianami przywierzchołkowymi. Po usunięciu pierwszego zęba, zaostrzyły się bóle w stawach, nastąpiły dreszcze i podwyższenie ciepłoty. To samo obserwowałem przy usunięciu drugiego podejrzanego zęba. Natychmiast przepisałem choremu Septazinę, którą zażywał przez 4 dni po 6 tabletek, później po 4 tabl. dziennie. Chory dalsze ekstrakcje znosił już znacznie lepiej, nie zauważono dreszczy i podwyższenia ciepłoty, również bóle znacznie osłabły. Profilaktycznie zażywał chory przez cały czas usuwania zębów i kilka dni po zabiegach po kilka tabletek Septaziny dziennie.

Dodatni szybki wynik mogę przypisać jedynie działaniu Septaziny, która zniszczyła w krótkim czasie rozsiane we krwi w wielkich ilościach drobnoustroje i tak przyśpieszyła rekonwalescencję.

Przyp. 5) Jeden z moich pacjentów, p. B., lekarz od dłuższego czasu skarżył się na ogólne niedomaganie. Cierpiał na uporczywe, choć nie silne bóle głowy i bezsenność. Miał lekkie podwyższenie ciepłoty i przyśpieszenie tętna do 120. Ogólne badanie narządów nie wykazało żadnych zmian chorobowych Dopiero roetgenogramy wykazały kilka leczonych martwych zębów.

Chciałbym podkreślić, że przewody tych zębów były wypełnione prawidłowo do szczytu. Wobec stałego złego samopoczucia chorego, zdecydowałem się na usunięcie jednego z martwych zębów i oddania go do zbadania bakteriologicznego. Wykazało ono obecność str. viridans. Ponieważ także i dalsze usunięte martwe zęby dały te same wyniki, przystąpiłem do badania krwi, w której również stwierdzono obecność paciorkowca zieleniejącego. Podczas zabiegów chory zażywał Prontosil w dawkach ogólnie przyjętych. Stan chorego bardzo szybko się poprawił. Ponowne zbadanie krwi po upływie krótkiego czasu nie wykazało zarazków. Temperatura dotąd 37,5—37,6^{0}C wróciła do normy. Żupełne wyleczenie.

Zdaniem moim poza ekstrakcją martwych zębów i późniejszym usunięciem chorych migdałków szybkie opanowanie bakteriami należy zawdzięczyć bakteriobójczej działalności Prontosilu.

Prócz wyżej opisanych przypadków, leczyliśmy środkami sulfamidowymi cały szereg chorych na ogół z wynikiem dodatnim.

W końcu przytaczam spostrzeżenie Kucharskiego — w przypadku endocarditis lenta. Chory K. T., lat 22, przekazany został do szpitala z powodu ogólnego niedomagania. Rozpoznano endocarditis lenta na podstawie następujących objawów: stały szmer skurczowy na koniuszku serca, powiększenie stłumienia serca na lewo, stany podgorączkowe i gorączkowe, wybroczynki na skórze, czerwone ciałka w osadzie moczu, ostry obrzęk śledziony, z posiewu krwi wyrósł str. viridans. Po kilkutygodniowym pobycie chorego w szpitalu, zaczęto mu podawać po 4 tabletki Septaziny dziennie i 150 mg witaminy C, redoxon lub cebion. Zaznaczyła się szybka poprawa, ustąpiły dreszcze i gorączka, stan ogólny i objawy miejscowe uległy poprawie, chory przybrał na wadze 11 kg, po 3 tygodniach leczenia zaczął wstawać z łóżka i chodzić. Po chwilowym pogorszeniu się stanu chorobowego, zaczęto na nowo podawać redoxon. Septazinę dawkowano z małymi przerwami stale. Zdrowie znacznie się polepszyło. Choremu usunięto następnie trzy martwe zęby i przerosłe migdałki.

Kucharski doszedł do wniosku, że aczkolwiek w danym przypadku nie można jeszcze mówić o wyleczeniu endocarditis lenta, to jednak wpływ korzystny Septaziny nie da się zaprzeczyć, stan chorego, który wydawał się beznadziejny, od czasu zażywania leku, uległ widocznej i stałej poprawie.

Jak z powyższej pracy wynika, dotychczas znane nam środki chemoterapeutyczne są skutecznymi lekami nie tylko przy zapaleniach ropnych jamy ustnej i szczęk, lecz także w przypadkach zakażeń ogólnych, wywołanych w dużej części ogniskami, znajdującymi się w tkankach okołozębowych (Oral sepsis). Należy jednak podkreślić, że są to często tylko środki pomocnicze, które wymagają równoczesnego lub uprzedniego zastosowania innych zabiegów. Do tych ostatnich zaliczyć należy leczenie chirurgiczne, którym niejednokrotnie musimy się posługiwać przy istnieniu ognisk pierwotnych w jamie ustnej i zębach.

Środki chemoterapeutyczne stanowią niewątpliwie wzbogacenie arsenału leczniczego nie tylko w ogólnej medycynie, lecz i w stomatologii i powinno się ich używać w praktyce częściej niż dotychczas. Uzyskane dotąd wyniki lecznicze o znacznej ilości przypadków wskazują, że działanie związków sulfamidowych można uważać za olbrzymi postęp w walce z chorobami infekcyjnymi, do których należy zaliczyć i zakażenia ustne.

Piśmiennictwo.

Baranowska M.: Antistreptina w leczeniu chorych na różę. Polska Gazeta Lekarska, r. XVI, nr. 9.

Bądzyński St.: Związki sulfamidowe w walce z paciorkowcami. Medvcyna i Przyroda, r. 1937, nr. 2.

Bonnet Roy: Cyt. Kotulski.

Ceypek i Paszkowski: Zastosowanie lecznicze Antistreptiny w Klinice chorób uszu, nosa, gardła i krtani U. J. K. we Lwowie. Polska Gazeta Lekarska, r. XVII, nr. 37.

Dobiecki K.: Chemoterapia zakażeń paciorkowcowych w świetle spostrzeżeń klinicznych. Medycyna, r. 1937, nr. 9.

Dobiecki K.: Doświadczenia z rozpuszczalną antistreptiną, jako środkiem przeciwpaciorkowcowym. Nowiny Lekarskie, r. 50, zesz. 12.

Domagh G.: Drogi i cele chemoterapii. Medycyna, r. 1938, nr. 12.

Feise U.: Ueber die Anwendung von Prontosil in der Zahnärztlichen Chirurgie (Dissertation). Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift, r. 1937, nr. 14, str. 307—311.

Fourneau, Trefonel, Nitti, Bovet: Cyt. Bądzyński.

Gauss G.: Ueber die Verwendung von Prontosil in der Zahnheilkunde. Zahnärztliche Rundschau, r. 1937, nr. 42.

Hłasko F.: Chemoterapia zakażeń występujących w chirurgii, ginekologii i położnictwie. Medycyna Praktyczna, r. XII, zesz 12.

Kotłowski K.: Przyczynek do leczenia róży Antistreptiną „Geo". Lekarz wojskowy, r. 1937, nr. 1.

Kotulski St.: O nowoczesnych metodach leczenia zakażeń ogólnych, powstałych na tle zakażenia jamy ustnej. (Streszczenie wykładu Prof. Dr. F. Bonnet-Roy w l' Ecole Dentaire de Paris). Polska Stomatologia i Przegląd Dentystyczny, r. 1937, nr. 3—4.

Kucharski T.: Lecznicze działanie związków chemicznych, zawierających grupę P — amino-benzeno-sulfamidową I Prontosil. Polska Gazeta Lekarska, r, 1937, nr. 17.

Kucharski T.; Lecznicze działanie związków chemicznych, zawierających grupę paramino-benzeno-sulfamidową. VII Septazyna. Polska Gazeta Lekarska, r. 1937, nr. 30.

Kucharski T.: Lecznicze działanie związków chemicznych, zawierających grupę paraamino-benzeno-sulfamidową. III Antistreptina. Polska Gazeta Lekarska, r. 1937, nr. 31 i 32.

Lamare i Largent: Cyt. Kotulski.

Mayer: Cyt. Bądzyński.

Recknagel: Cyt. Feise.

Szepelski K.: Antistreptina w dentystyce. Dwumiesięcznik Stomatologiczny, r. 1937, nr. 4.

Sztolcman-Łapińska J.: Związki sulfamidowe (Septazin) w chorobach skórnych u dzieci. Medycyna, r. 1938, zesz. 10.

Scheynman M.: O chemoterapeutycznym działaniu związków sulfamidowych. Medycyna i przyroda, r. 1938, nr. 8.

Doc. L. Lakner (Poznań): **Die Chemotherapie bei Herdinfektion und pyogenen Erkrankungen der Mundhöhle und der Kiefer.** (Zusammenfassung).

Nach einer kürzeren Darstellung der bisherigen Behandlungsmethoden bei Streptokokken-, Staphylokokken- und Mischinfektionen, bestehend in der Vaccinotherapie, Seruminjektionen und Bluttransfusionen, beschreibt Verfasser die neuesten Erfolge der Chemotherapie in der allgemeinen Medizin und der Stomatologie.

Wie aus dem ständig sich vermehrenden medizinischen Schrifttum hervorgeht, haben wir durch Einführung der Chemotherapeutica ein gutes Mittel in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten erlangt.

Ein guter therapeutischer Effekt ist auch im Spezialgebiet des Stomatologen festzustellen, sei es bei pyogenen Erkrankungen der Mundhöhle, im Anschluss an eine chronische oder akute dentogene Entzündung, oder auch in Fällen habitueller Aphten, Dentitio difficilis, Trigeminusneuralgie, Facialisparese (Feise) u. s. w.

Die Sulfamide sind um so mehr zu schätzen, da sie bei grosser Heilwirkung auch in hohen Dosen fast keine Giftwirkung auf Herz, Kreislauf oder Nieren besitzen. Eine Gewöhnung tritt selbst bei lang dauernder Applikation nicht ein. Sie erfolgt in Form von Tabletten per os, als solubile intramusculär seltener intravenös, lokal zu Umschlägen.

Einen Heilerfolg kann man natürlich nur dann erwarten, wenn der Organismus im Stande ist selbst in den Kampf mit der Infektion einzugreifen; ist er zu schwach, so kann man auf eine durchschlagende und entscheidende Heilwirkung kaum rechnen.

An Hand von einigen Krankheitsfällen beschreibt Verfasser genau die Dosierung und Wirkung obengenannter Präparate. Auf Grund seiner Erfolge an Patienten ist er der Ansicht, dass sie uns auch in vorgeschrittenen Fällen ausgezeichnete Dienste leisten und gute Erfolge geben. In den meisten Fällen genügt allein die Gabe von Tabletten, seltener nötig sind die intramusculären Injektionen.

Der Autor ist der Ansicht, dass die Chemotherapie einen ganz bedeutenden Fortschritt in der Behandlung der pyogenen Infektionen bedeutet. Die bisherigen Heilerfolge vieler in das stomatologische Gebiet gehörigen Fälle, ob lokal oder allgemein (Herdinfektion) dürfte auch die Stomatologen und Zahnärzte veranlassen, sich mit dieser so wichtigen Frage mehr zu befassen, wie es bisher geschehen ist.

Z Zakładu Patologii Ogólnej i Chemii Fizjolog. Akademii Med. Wet. we Lwowie.

Dr HENRYK JANKOWSKI LWÓW

ZNACZENIE WAPNIA W PRZEMIANIE MATERII. (Dokończenie).

L'importance de calcium dans le métabolisme. (Fin).

Über die Bedeutung des Calciums im Stoffwechsel. (Schluss).

Dok. pol. 18.8:30.8 Doc. int. 616.314 84

Bilans wapnia.

Jak można wnosić ze znanych dotychczas rozważań, bilans wapnia kształtuje się zależnie od resorbcji i od zdolności zatrzymania wapnia przez ustrój — jedno i drugie zależne jest od całego szeregu czynników, jak zawartość wapnia w pożywieniu stosunku Ca:P we krwi, obecności witaminu D, wewnętrznego wydzielania, stężenia jonów H i t. d. W pewnych warunkach odpowiedni dowóz wapnia w pożywieniu może zupełnie nie wpływać na wyrównanie bilansu i odwrotnie w pewnych wypadkach stosunkowo skąpe ilości wapnia w pożywieniu mogą być dobrze wykorzystane. Doświadczony lekarz nie będzie leczył np. krzywicy, gruźlicy, czy innych schorzeń stosowaniem dużych ilości wapnia, nie widząc, jaki jest jego bilans w ustroju i stosunek do fosforu we krwi.

Wiedząc o tem, jaką rolę spełnia przewód pokarmowy zarówno w chłonieniu, jak i wydzielaniu wapnia, zwróci baczną uwagę na stany chorobowe przewodu pokarmowego oraz na sposób żywienia. Możliwość strat wapnia przez jelita jest duża, szczególnie przy długotrwałych biegunkach, straty bowiem wody połączone są, rzecz zrozumiała, z dużymi stratami mineralnych składników. W normalnych warunkach u wszystkich zwierząt wydzielanie wapnia przez nerkę jest mniejsze, niż przez jelita. Stosunek ilości wydzielonej moczem do ilości wydzielonej kałem ma się jak 1:10, a nawet 1:12, oczywiście, że stosunek ten podlega znacznym wahaniom, zależnie od kwasowości moczu, wydzielania żółci i innych.

Wydzielanie wapnia moczem u mięsożernych wynosi około 27%, zaś u roślinożernych 3—6%, ponieważ pierwsze są „kwaśne", a drugie „zasadowe". U człowieka, zależnie od rodzaju pożywienia, waha się w dość dużych granicach od 18—43% całkowitej ilości wydzielanej dziennie. Stany prowadzące do chronicznego zakwaszenia ustroju po-

*) Por. Pol. Stom. 1918, str. 177, 261.

wodują ujemny bilans wapnia — mogą prowadzić do osteoporozy. Pożywienie bogate w zasady poprawia bilans. W okresie laktacji wydziela się dużo w wapnia, bo 0,28 do 0,32 g w litrze mleka kobiecego, a w mleku krowiem ilość wapnia jest znacznie wyższa. Krowy wysoko mleczne przy 50 l udoju dziennego tracą około 60 g Ca dziennie. Hort-Mc, Collum Humprey podczas badania krów w przeciągu 110 dni silnej laktacji znaleźli bilans wapnia wyrażający straty 10 g wapnia dziennie. Na wyrównanie strat wapnia ma pewien wpływ pożywienie bogate w wapń n. p. siano, koniczyna, w którym zachowany pewien stosunek Ca do P. Oczywiście inne składniki jak białko tłuszcze nie pozostają tu bez wpływu. Próbowano niejednokrotnie zapobiegać stratom wapnia u krów wysoko mlecznych przez podawanie wapnia w formie mączki kostnej lub soli wapniowych nieraz w dużych dawkach, bo ponad 70 g dziennie, przez co jednak nie zdołano wyrównać strat wapnia. Tłumaczyć to można, co zresztą z doświadczeń wynika, niestosownie dobranym pożywieniem lub też brakiem czynników ustrojowych, mających wpływ na przyswajanie.

Podawanie wapnia w nadmiarze bez uwzględnienia pewnych zasad dietetycznych pogarsza wchłanianie fosforu, a według Briggs'a i innych autorów także i tłuszczów. U młodych szczurów podawanie nadmiernej ilości wapnia prowadzi do zubożenia w fosfor, a tym samym do krzywicy — odwrotnie podawanie pożywienia bogatego w fosfor pogarsza resorbcję wapnia, a tym samym i bilans. Podawanie doustne soli magnezowych prowadzi do wzmożonego wydzielania wapnia w moczu, co także może spowodować ujemny bilans.

Wpływ witaminów i wchłonów na zachowanie się bilansu wapnia.

Wpływ witaminu D na resorbcję i asymilację wapnia jest dobrze poznany. Inne witaminy nie mają tak bezpośredniego wpływu na przemianę wapniową, jak witamina D. Przypisywano im co prawda pewne działanie w polepszeniu asymilacji wapnia, badania jednak György, Funk, Lewy i innych wykazują, że przy podawaniu jarzyn wywierają raczej dodatni wpływ na asymilację wapnia, zasady te bowiem znajdują się w dużej ilości w jarzynach, niż witaminy A, B i C. Obok czynników sprzyjających asymilacji wapnia według spostrzeżeń niektórych autorów występują antywitaminy D, które utrudniają asymilację wapnia, a tym samym powodują zaburzenie w stosunku Ca : P, co pociąga za sobą krzywicę. Tego rodzaju antywitaminy mają się znajdować w zbożu, szczególnie w owsie.

Dużą rolę w regulacji przemiany wapnia odgrywają wchłony (hormony), wpływają one nietylko na zachowanie się poziomu wapnia we krwi, ale też na jego asymilację lub wydzielanie. Najbardziej znanym jest wpływ hormonu gruczołów przytarczycznych, szczególnie jeśli chodzi o zachowanie się poziomu wapnia we krwi, natomiast nie udało się jeszcze stwierdzić, jak wpływa hormon przytarczycy na resorbcję wapnia jelit, oraz na zmianę tegoż w tkankach.

Collip uważa, że pierwotne podwyższenie poziomu wapnia we krwi następuje na skutek uruchomienia części soli wapniowych z kości, przyczym stwierdzono równocześnie wyższy poziom fosforu; równocześnie obserwuje się zwiększenie wydzielania zarówno Ca, jak i P w moczu. Podobnie ma się przedstawiać wydzielenie Ca i P kału. Różnice, jakie się obserwuje u różnych zwierząt w działaniu parathormonu polegają głównie na szybkości usuwania nadmiaru wapnia przez nerki.

Wpływ jajników.

Wstrzyknięcie hormonu jajników obniża poziom Ca we krwi oraz wzmaga wydzielenie Ca i P, natomiast kastracja mało wpływa na zachowanie się poziomu wapnia we krwi, lecz wyraźnie polepsza bilans wapnia, stąd widoczny wpływ przy leczeniu osteomalacji.

Wpływ głodu.

Głód może dotyczyć tylko pewnych składników pożywienia albo całkowitego braku pożywienia, lub braku tylko mineralnych składników. Znaną jest rzeczą od czasów Forstera[1]), który stwierdził, że psy karmione mięsem pozbawionym składników mineralnych, ginęły znacznie prędzej, niż psy głodzone całkowicie.

Z tych spostrzeżeń wynika, że w głodzie istnieje pewna możliwość regulacji składników mineralnych.

Wydzielanie fosforu, wapnia i magnezu przez mocz stopniowo się zmniejsza, ale nigdy nie osiąga zera. Zmienia się również stosunek wydzielania Ca/Mg.

Przed okresem głodzenia jak podaje Gladstein[2]), stosunek ten jest większy od 1, lub obniża się znacznie, obserwuje się również zmniejszanie się wydzielonego chlorku sodu i potasu.

---

[1]) 1) Z. Biol 9. 357. 1873.
2) S. Ber. gs. Physiol. 42. 276. cyt. Klinke.
3) Bloch Z. 201. 318. 285.

W kale przy całkowitym głodzie znajdują się nieznaczne ilości wszystkich składników mineralnych, ale głównie metale Ca i Mg.

Straty wapnia w głodzie są większe niż innych składników mineralnych n. p. sodu i potasu: Tłumaczy się to tym, że jon wapnia służy do zobojętnienia kwasów, powstających w czasie głodu; oczywiście we krwi znajdujemy w czasie głodu również podwyższenie Ca. Tylko przy długotrwałym głodzie przy zupełnym wyczerpaniu wapń we krwi maleje.

Brak wapnia w pożywieniu może być długo znoszony, gdyż kościec stanowi dużą rezerwę wapnia.

Jednak organizmy młode lub też zwierzęta w laktacji i ciąży mogą reagować w krótkim czasie na brak wapnia zmianą w kośćcu albo w całym ustroju.

Iwabuchi stwierdził straty wapnia i fosforu podczas głodu, dochodzące do 15%. Szczury żywione pożywieniem ubogim w wapń (według Toverund) tracą wapń, a w miejsce Ca magazynują Mg.

Najważniejsze schorzenia złączone z zaburzeniami przyswajania wapnia.

Krzywica jest jedną z chorób złączonych z zaburzeniami rozwoju kośćca i z pewnymi zmianami w składzie krwi, z których najważniejsza jest hypofosfatemia.

Zwiększenie czy obniżenie ilości wapnia w krzywicy niema według większości autorów znaczenia. Niektórzy doszukują się pewnych zmian we wzajemnym stosunku Ca:P. Według Cramera i Howlanda u zwierząt krzywiczych iloczyn Ca i P jest mniejszy od 30, iloczyn większy od 40 wskazuje na normalne przyswajanie wapnia. Naruszenie równowagi iloczynu Ca i P powodowane jest przez zmiany w ilości fosforu, który w krzywicy zmniejsza się znacznie. Obniżenie się ilości wapnia w krzywicy jest zjawiskiem nie zawsze występującym, najczęściej spotykamy u ptaków, szczególnie kur.

Wogóle ciało zwierząt krzywiczych zawiera mniej Ca i P w stosunku do żywej wagi niż u zwierząt normalnych.

Wydzielenie wapnia w formie fosforanu u dzieci dotkniętych krzywicą jest znaczniejsze. Podanie jak wiadomo witaminy D zwiększa wchłanianie wapnia i fosforu.

Zakwaszenie ustroju obserwowane w krzywicy nie pozostaje w ścisłej zależności od wzmożonego wydzielania wapnia, lecz raczej pozostaje ono w łączności z brakiem fosforu.

Wyniki badań krzywicy doświadczalnej przemawiają za tym, że

w krzywicy chodzi raczej o zaburzenia w przemianie fosforowej; za tym przemawiają także wyniki leczenia, polegające na zwiększonym podawaniu P w pożywieniu. Również przemawia za tym charakterystyczne działanie lecznicze absolutnego głodu (straty wapnia) przez co wyrównywa się stosunek wzajemny Ca:P.

Spostrzeżenia poczynione u szczurów z chroniczną tężyczą po usunięciu gruczołów przytarczycy, zmiany w zębach szczególne upośledzenie w wapń zębiny, hypoplazje szkliwa podobne do tych, które spotyka się u dzieci w krzywicy, jakoteż zmiany na zębach obserwowane po usunięciu nadnerczy przemawiać mogą za tym, że w etiologii krzywicy odgrywają pewną rolę i inne czynniki prawdopodobnie konstytucjonalne.

Osteomolacja.

Niedobór wapnia u zwierząt dojrzałych prowadzi do zubożenia wapnia w kościach, co pociąga za sobą rozmiękkanie tychże — wydzielenie wapnia z moczem w osteomolacji jest znaczne i ma być powodowane zakwaszeniem ustroju w tej chorobie.

We krwi spostrzega się znaczne obniżenie poziomu wapnia, przyczym prawie cały wapń występuje w formie ultraprzesączalnej.

Wedle György'ego osteomalacja u zwierząt występuje na skutek awitaminozy dotyczącej wieku starczego. Obok braku witaminy D przyjmuje się też działanie gruczołów wkrewnych, szczególnie jajników na powstawanie osteomolacji.

Schorzenie to występuje najczęściej w okresie ciąży, wzmożonej laktacji lub wyniszczających organizm procesach. Rozmiękanie kości u zwierząt szczególnie u krów jest nader częstym schorzeniem związanym często z pewnymi terenami np. na Polesiu u nas i Rosji. Pozatym lata posuchy sprzyjają powstawaniu tego schorzenia u krów. Powodem ma być brak soli wapiennych w pożywieniu, szczególnie bydło żywione t. zw. trawami kwaśnymi ma ulegać osteomalaci. Trzeba jednak podkreślić, że aczkolwiek pasze te w istocie zawierają mniej soli wapniowych, jednak wydaje się, że wywierają one wpływ szkodliwy raczej przez to, że wywołują pewne zaburzenia w przewodzie pokarmowym w formie długotrwałych biegunek.

Tężyczka.

Przy tężyczce wywołanej usunięciem gruczołów przytarczycznych obserwuje się obniżenie wyraźne poziomu wapnia we krwi przy wysokim stosunkowo fosforze. Niedługo po operacji spostrzega się alkalozę, na-

stępnie jednocześnie z występowaniem skurczów reakcja przesuwa się do kwaśnej.

Obecnie przyjmujemy, że konstelacja jonów ma ogromne znaczenie w powstawaniu nadwrażliwości, a tym samym tężyczki. Nerwowa wrażliwość zależna jest od stosunku Na — do Ca—Mg, co też ujęte jest w odpowiednim wzorze Loeb'a $\frac{Na-K}{Ca-Mg}$.

Wzrastanie jonów umieszczonych w mianowniku obniża wrażliwość nerwową, natomiast wzrost stężenia K i Na podwyższa wrażliwość. Pewne znaczenie ma stężenie jonów H i OH także P jak też węglanów. Jony K, Na i Mg mają dla powstawania tężyczki mniejsze znaczenie. Na pierwszy plan wysuwa się tu znaczenie koncentracji jonów wapnia, od którego to stężenia zależy wrażliwość nerwów.

Doświadczalnie uzyskuje się tężyczki, których powstanie tłumaczyć można t. zw. entjonizacją wapnia. Do takich tężyczek zalicza się: tężyczkę oddechową, fosforową, alkaliczną (żołądkową) i dwuwęglanową.

U zwierząt z tężyczką stwierdzono zmniejszenie się wapnia ultraprzesączalnego zamiast 4—5 mg% znachodzimy 2—3 mg%.

Na razie nierozstrzygnięto jednak, czy wapń zostaje wydzielony, czy też zatrzymywany przez tkanki, jak też trudno rozstrzygnąć, czy zapatrywanie György'ego, że zatrzymywanie wapnia przez tkanki następuje na skutek alkalozy jest słuszne.

Istnieją różne tłumaczenia przemian przejściowych przy tężyczkach, w każdym razie i teoria alkalozy jest również niewystarczająca, gdyż przy wyższym stężeniu H entjonizacja Ca powinna być silniejsza, a często skurcze tężyczkowe występowały przed osiągnięciem najwyższego stężenia H we krwi.

Dr. H. Jankowski (Lwów): **L' importance de calcium dans le metabolisme.** (Resumé).

Les sels de calcium ont une importance décisive dans la formation du squelette et sont precurés par l'alimentation.

On a insisté sur les differentes manières de introduire les sels de Ca dans les diètes, surtout sur l'influence des graisses et réciproquement sur l'influence de sels de Ca sur la teneur en graisse du sang. Cette action se manifeste après un regime riche en Ca, après une injection intraveneuse, ou bien après une mobilisation des sels de Ca par le hormone de la parathyroide.

L'effet de cette action ne dure que quelques heures et est analogue à la durée d'un régime riche en graisses sur la teneur du sang en Ca.

Il existe des differences dans l'action de ces agents suivant les dispositions individuelles et il peut se faire une perte de sels de Ca après une injection intraveineuse aussi bien qu'en cas d'un manque d'équilibre entre le Ca et P. Le bilan de Ca devient négatif.

Prof. Dr. RADOSEVIČ ZAGRZEB (JUGOSŁAWIA)

FIZJOLOGIA I PATOLOGIA ZĘBA[1]).

Physiologie et pathologie de la dent. (Suite).

Physiologie und Pathologie des Zahnes. (Fortsetzung).

Streścił i przetłumaczył
Dr. Ignacy Pietrzycki
st. asystent Kliniki Stomatologicznej U. J. K.

Dok. pol. 18.21 Doc. int. 612.314
25.0-24.70 616.313

Zjawiska pęcznienia zębów.

Badanie zjawiska pęcznienia zębów może przyczynić się w bardzo wielkiej mierze do zrozumienia i wyjaśnienia prawidłowych i chorobow,ch przejawów w zakresie zęba.

Według autora tylko systematyczne i oparte na szerokiej podstawie doświadczenia mogą dać rozstrzygające wyniki zarówno dla lecznictwa, jak i zapobiegania chorobom zęba. Określenie pęcznienia wzięte jest z codziennego życia. Każdemu wiadomo, że rozeschnięta beczka nie jest szczelna i przepuszcza wodę i wystarczy umieścić ją na jakiś czas w wodzie, aby ją uszczelnić.

De Vries określił pęcznienie w sposób następujący: Zaródź (protoplasma), ściany komórek i pozostałe uorganizowane stałe ciała składają się ze spoistej mięszaniny ciała stałego i wody. Pod mikroskopem widać, że woda w tych ciałach nie jest równomiernie rozdzielona, że istnieją na przemian części mniej lub więcej obficie w wodę zaopatrzone. Nigdzie nie można jednak dopatrzyć się oddzielnych cząsteczek stałych i wody, nawet przy użyciu największych powiększeń.

Przez wysuszanie ciał uorganizowanych można pozbawić ich wody, ale ciała takie badane pod mikroskopem nie wykazują żadnych przestrzeni wolnych. Woda nie była więc w przestrzeniach włoskowatych, jak to jest w ciałach porowatych n. p. w gipsie i t. p. Ciała uorganizowane wysuszane kurczą się, a więc drobiny ich zbliżają się ku sobie. Ciała wysuszone zetknąwszy się z wodą, mogą ją napowrót przyjąć, przez co pojemność się ich zwiększa. Zjawisko to określa się mianem nasiąkania (imbibitio).

[1]) Zob. Pol. Stom. nr. 9/38, str. 351—860; nr. 12/38, str. 459—479.

Zdolność pęcznienia posiadają nie tylko ciała uorganizowane, ale także i substancje organiczne (guma arabska, żelatyna) i nieorganiczne (kwas krzemowy, tlenki metali).

Przez przyjmowanie i utracanie wody zmienia się nie tylko odległość między drobinami, ale również ich wzajemny związek, spójność (Kohäsion). Części roślinne w stanie żywym są giętkie i elastyczne, po wysuszeniu sztywne i kruche. Przy pęcznieniu woda wchłaniana wykazuje wielką siłę, co wynika już z tego, że drobiny są rozsuwane i spójność ich wzajemna musi być przezwyciężona. Pewna część tej siły jest wstanie wykonać pracę. O wielkości tej siły można się przekonać, umieszczając wysuszony groch w czaszce i zwilżając go następnie wodą. Siła pęczniejącego grochu rozdzieli kości z ich szwów. Gdy siła ta nie ma do pokonania zewnętrznych oporów, wtedy przechodzi w ciepło, zwane ciepłem pęcznienia. Przyjmowanie i utrata wody może się odbywać bez szkody tylko w pewnych granicach, to znaczy, że gdy te granice zostaną przekroczone, ciało doznaje zmian, które się nie dają zmienić. Granice te nazywamy granicami elastyczności pęcznienia.

W określeniu pęcznienia położono nacisk obok innego i na to, że ciało stałe jednolite (homogen) przyjmuje wodę, nie tracąc nic ze swojej jednolitości. Pojęcie jednolity i niejednolity jest dzisiaj w użyciu raczej w znaczeniu stopniowania niż zasadniczym. Mimo to Katz określa pęcznienie następująco: Pęcznienie jest wszędzie tam, gdzie ciało mikroskopowo jednolite po przyjęciu wody pozostaje jednolite, gdzie powiększa się i gdzie wykazuje mniejszą spójność. Zejście się tych trzech objawów daje typowe zjawisko pęcznienia.

Zjawisko pęcznienia jest zajmujące ze względu na naturę chemiczną ciał pęczniejących. Pomimo to, że są ciała pęczniejące o niskim ciężarze drobinowym wysoki ciężar drobinowy zdaje się jest czynnikiem rozstrzygającym.

Tak więc typowymi ciałami pęczniejącymi są wszystkie wielocukry i ciała białkowe, jak również ich pochodne. Dlatego pęcznieją wszystkie twory włókniste, jak drzewo, papier, skrobia, skóra, żelatyna, nawet kości i kość słoniowa. Pęcznieją także lipoidy, tlenki metali, mydła, barwniki i t. p.

Fakty te uważa autor za ważne i z tego względu, że w literaturze zawodowej dentystycznej spotyka się często z twierdzeniem, że szkliwo strukturą swą chemiczną przypomina apatyt, a nawet utożsamia go. W obliczu tego, co wyżej powiedziano, możliwość ta jest mało prawdopodobna.

Rozróżniamy zdolność pęcznienia ograniczoną i nieograniczoną. Pęcznienie ograniczone posiadają te substancje, które pęcznieją przy nadmiarze płynu do pewnej granicy. Tak n. p. przyjmują wodę: żelatyna do 500%, agar do 700%, kazeina do 100%. Jest rzeczą wiadomą, że rogówka w pewnych roztworach pęcznieje bardzo silnie.

Niektóre przetwory celulozy (drzewnika) przyjmują zaledwie 12%, skrobia 33% wody. Wartości graniczne oznacza się określeniem maksimum pęcznienia. Ograniczoną zdolność pęcznienia posiadają: drzewo, skrobia, chityna, keratyna i inne. Większość pęczniejących ciał nie rozpuszcza się w wodzie, a więc woda nie przyjmuje tych ciał, podczas gdy ciała te przyjmują wodę do 100%.

Nieograniczona zdolność pęcznienia stanowi przejście do następowego rozpuszczenia n. p. białek, peptonu. Ciała posiadające zdolność pęcznienia są bezpostaciowe, krystaliczne lub uorganizowane (ziarnka skrobii, ścięgna, mięśnie, szczęcina, zęby).

Praktycznie ważne jest pęcznienie w wodzie i w roztworach wodnych. Ponieważ wielocukry i ciała białkowate nasiąkają prawie wyłącznie w tych roztworach jest rzeczą ciekawą, że proteiny pęcznieją także w fenolach i jest rzeczą możliwą, że w związku z tym pozostaje działanie znieczulające kwasu karbolowego na zębinę.

Przyczyną pęcznienia wielocukrów i proteinów w wodzie według niektórych badaczy jest jej zdolność łączenia, kojarzenia, podczas gdy organiczne rozpuszczalniki nie kojarzą, a przynajmniej nie w tym stopniu co woda. Każda komórka roślinna, czy też zwierzęca posiada określony stan napęcznienia, którego zmiana świadczy o schorzeniu, a nawet śmierci.

Różnice pęcznienia zębów zauważył autor nie tylko w rozmaitym wieku, ale w różnych zębach tego samego osobnika. Nie spotykamy w ustach prawie dwóch zębów w równym stanie napęcznienia. Siła, z jaką ząb nasiąka wodą jest bardzo rozmaita, zależnie od stanu jego wysuszenia. Podobnych badań nie przeprowadzono jeszcze w stosunku do zębów.

Przy zamrażaniu i tajaniu zachodzą podobne zmiany, co przy pęcznieniu i odpęcznieniu. Przez zamrażanie pozbawiamy napęczniałe ciało wody, podczas gdy w czasie tajania woda jest znowu wolna i może przyjść z powrotem do napęcznienia. Ten proces jest u niektórych substancyj odwracalny, u innych nie. Autor wspomina o tym dlatego, ponieważ pierwszy zauważył, że ząb może być zamrażany i to skłoniło go do badania zjawisk pęcznienia.

Szczególnie ważny jest wpływ elektrolitów na pęcznienie, co występuje tak jaskrawo przy żelatynie, agarze, chrząstce, włókniku i tkance łącznej, Na ogół można powiedzieć, że kwasy i ługi zwiększają pęcznienie, chociaż nie zależy to wyłącznie od stężenia H lub OH. W zasadach pęcznienie jest silniejsze niż w kwasach. W kwasach tylko w pewnych stężeniach pęcznienie osiąga swoją maksymalną rozpuszczalność i obniża się przy zwiększeniu stężenia.

Substancje pęczniejące pobierają więcej wody z rozcieńczonych roztworów soli obojętnych, aniżeli z wody czystej. Działają tu głównie aniony i tak zwiększają pęcznienie CNS, J, Br, NO_3, Cl, natomiast zmniejszają SO_4, winiany, cytryniany, octany. Suche żelatyny przyjmują z roztworów solnych więcej wody, niż soli, przez co podnosi się stężenie roztworu. Sole obojętne obniżają pęcznienie stale, a mianowicie aniony o wiele silniej, niż kationy: cytrynian, winian, fosforan, SO_4, octan, J, CNS, NO_3, Br, Cl, Fe, Ca, Sr, Ba, Ca, Mg, NH_4, Na, K. Zdolność pęcznienia żelatyny obniżają Mg, Ca, Ba, Sr, Cu, Fe. Ze stanowiska biologicznego jest to o tyle ważne, że dla żywych tkanek są nieszkodliwe tylko zestawienia antagonistycznych kationów, jak to się osiąga przez płyny Ringera, Tyroda i Adlera.

Pomiędzy pęcznieniem i odpęcznieniem wodochłonnych żelów i jonizacją proteinów istnieje pozorna równoległość (podobieństwo). Te same czynniki, które przyspieszają jonizację proteinów t. j. kwasy i ługi, przyczyniają się do pęcznienia. Nieelektrolity wpływają bardzo słabo na pęcznienie.

Rozmaite gele organizmu zachowują się różnie względem działania tych samych elektrolitów. Ciałka czerwone n. p. pobierają z osocza głównie potas (K), chrząstka natomiast sód (Na) i ta właściwa (specyficzna) zdolność pobierania posiada znaczenie decydujące w przebiegu wydzielania.

Co się tyczy teorii pęcznienia, to istnieją dwa różne poglądy. Jedna część autorów z Bertholetem i Hugonem de Vries'em na czele jest zdania, że płyn w ciele stałym jest drobinowo rozprószony, to znaczy drobiny płynu są równomiernie rozdzielone pomiędzy drobiny ciała stałego. Przy tym płyn musi przezwyciężyć siły spajające, które przeszkadzają pęcznieniu. Substancja tak długo pęcznieje, aż następuje równowaga między siłą przyciągania wody i siłą spoistości. Pęcznienie jest więc tworem stałego roztworu w pęczniejącym ciele. Inni autorowie z Naegelim twierdzą, opierając się głównie na wynikach roentgenoskopijnych, że woda nie jest rozdzielona w ciałach stałych międzydrobinowo, lecz międzykomórkowo, zaczym przemawiają

obrazy roentgenowskie materiałów włóknistych. Paski skrzyżowania tych materiałów przedstawiają równe odstępy zarówno w stanie suchym, jak napęczniałym, co byłoby niemożliwym, gdyby odstęp drobin powiększył się w następstwie pobrania wody.

Doświadczenia nad pęcznieniem zęba.

Autor zauważył, że ząb może zamarzać. Przeprowadzając w zimie równoległe badania nad osmozą i zdolnością przewodnictwa elektrycznego zęba autor przypuszczał, że soki tkankowe musiały zamarznąć i dlatego ząb w niskich temperaturach nie powinien przewodzić prądu. W tym celu autor wydobył kilka zębów ze szczęki i umieścił je pod oknem na świeżym powietrzu. Po 2—3 dniach badanie wykazało zupełny brak przewodnictwa, które powracało z powrotem, gdy te same zęby znalazły się jakiś czas w ciepłym pokoju.

W jakiś czas potym autor mógł stwierdzić, że zęby, które pozostawały przez jakiś czas na stole niewypełnione, po wypełnieniu ich roztworem, wykazywały zupełnie wyraźnie przenikanie płynu przez ząb. Tak potraktowany ząb nie wykazał żadnego działania osmotycznego. Te same zęby umieszczał autor następnie na przeciąg 2—3 dni w roztworze fizjologicznym soli kuchennej, poczym doświadczenia osmotyczne udawały się w zupełności. To potwierdza, że ząb pęcznieje w roztworze fizjologicznym soli kuchennej, przyczym rozszczepienia powstałe przy wysuszaniu zamykały się.

Potym brał autor 10 zębów i umieszczał je w suszarce nad kwasem siarkowym. Po 2—3 tygodniach widoczne były rozszczepienia na koronach zębów, a zęby można było w rękach rozłamywać i kawałkować. Godne uwagi jest to, że i takie zęby zanurzone na krótki czas w fizjologicznym roztworze soli kuchennej jeszcze gdzieniegdzie wykazywały działanie osmotyczne.

Zęby wysuszone, a następnie umieszczone w rozmaitych roztworach różnych stężeń wykazują różnice w działaniu osmotycznym. Tak wysuszony ząb, którego następnie umieszczono w czystym alkoholu etylowym, nie działa osmotycznie. Setki podobnych doświadczeń przekonały autora, że pęcznienie i wpółprzepuszczalność zęba, to są bardzo blisko siebie stojące i ściśle ze sobą związane zjawiska. Przytym doświadczenia z pęcznieniem są łatwiejsze w wykonaniu i przebiegają prędzej niż doświadczenia z wpółprzepuszczalnością.

Następnie autor dokonał doświadczeń przy użyciu wagi. Przez ważenie w rozmaitych warunkach wilgotności powietrza można się z łatwością przekonać, że ząb zachowuje się jak hygrometr włosowy.

Doświadczenia ilościowe przeprowadzono z isotonicznymi roztworami KCNS, KJ, KBr i KCl, które były znów isotoniczne z 0,9% roztworem soli kuchennej, Wszystkie doświadczenia na około 60 zębach wykazały, że ząb stale najlepiej pęcznieje w KCNS, natomiast najsłabiej w KCl. Przy próbach z KJ i KBr różnice nie były wyraźne Autor mógł więc i dla zęba ustalić szeregi lyotropowe.

Doświadczenia objętościowe przeprowadzał autor w ten sposób, że po wysuszeniu zęba (2—6 dni w suszarce) dokonywał wycisków w melocie (metal o niskim punkcie topienia) używając pie ścieni gumowych jak przy robocie stanc. Wycisk był robiony w ten sposób, że ząb zanurzony był w metalu i tkwił w nim po granicę między korzeniem i koroną, poczym po kilku minutach wyjmowano go i umieszczano w odpowiednim rozpuszczalniku na przeciąg kilku dni. Wskutek napęcznienia korzeni zęba nie można było z powrotem umieścić w zrobionym poprzednio wycisku metalowym.

Doświadczenia jakościowe, jakie autor przeprowadzał w 80 przypadkach, przedewszystkim ze zmianami w stężeniu, dały pewne różnice, ale niewielka ilość doświadczeń nie pozwala na razie na wyciąganie wniosków.

W około 20 przypadkach śledził autor pęcznienie zęba ludzkiego w jego własnej ślinie. Ślina jest rozcieńczonym roztworem wielu elektrolitów, jest więc mięszaniną elektrolitów, których wzajemny stosunek i stan fizykalny stanowi niewątpliwie czynnik bardzo wielkiego znaczenia dla stanu zdrowia zęba.

Wszystkie dotychczas używane wody do ust nie odpowiadają w najmniejszej mierze wymogom fizjologicznym.

Ząb pęcznieje w surowicy samorodnej (autogen), jednorodnej (homogen) i różnorodnej (heterogen). Dalsze badania są jeszcze w toku.

Skolei autor przeprowadził badania z rozmaitymi płynami używanymi jako pokarm: zwykła woda, wody mineralne, mleko, rozmaite wina i piwa, zwyczajna oliwa i t. p. Uderzający jest fakt, że ząb w zwykłej oliwie doznaje pęknięć, które należy tłumaczyć tym, że w zwykłej oliwie obecne są nienasycone kwasy, które działają wiążąc wodę. (D. c. n.).

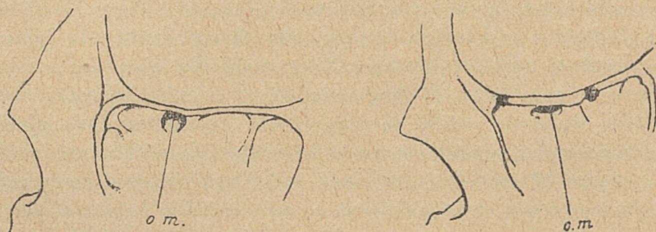
Dział sprawozdań i streszczeń.

Dr. Otto H o f e r (Wien): **Zahnerkrangungen und ihre Beziehung zur Kieferhöhle. Wpływ chorób zębów na zatokę szczękową.** (Der praktische Zahnarzt. 1938. Nr. 1).

Autor przytacza z podręcznika H a j e k a skład wyściołki normalnej zatoki szczękowej z trzech warstw: górncj o subtelnym utkaniu włókienek uwarstwowionego nabłonka migawkowego; gruczołowej, usłanej tuż pod pierwszą, w kttórej są rozłożone nierównomiernie gruczoliki typu gronowego oraz wewnętrznej włóknistej o komórkach wrzecionowatych. Krew doprowadza korelacja tętniczek: nosowej tylnej, podoczodołowej i zębodołowych tylnych; odprowadzają wewnętrzne sploty żylne zatoki, przez otwór naturalny jamy szczękowej do nosowej, łącząc się po drodze z żyłkami zewnętrznymi okostnej. Limfę chłoną gruczoły podżuchwowe i szyjne.



Ryc. 1. Błona śluzowa normalnej zatoki szczękowej (wegług Zuckerkandla).



Ryc. 2. Otwór naturalny jamy szczękowej do nosowej:
a) okrągły i szeroki, b) podłużny i wąski.

Zapalenie zatoki bywa przeważnie ostre; występuje ono samoistnie w następstwie chorób zakaźnych przy istniejącej predyspozycji do takowych; nieco rzadziej spotykane są postaci zapalne przewlekłe wtórne, spowodowane schorzałym sąsiedztwem. Wspólny obwód naczyniowy śluzówki nosa i zatok pobocznych przysparza ostatnim zapalenia pochodzenia nosowego o przebiegu ostrym. Zapalenia te, szczególnie kataralne, mają tendencje do samowyleczenia w ciągu 10-ciu dni do 6-ciu tygodni, w zależności od czynnika mechanicznego — odpływ

cieczy przez ostium naturale oraz accesorium, anatomicznie szeroko rozwarte. Zwężenie lub brak otworu naturalnego, również przebywanie w kurzu sprzyja przejściu ostrego zapalenia w stan przewlekły. Wpływ czynników konstytucjonalnych na przebieg zapalenia zatoki jest wątpliwy. Zapalenie rzadko występuje w wieku dziecięcym. Rozróżnia się 2 rodzaje zapalenia: kataralne i ropne z podziałem na ostre i przewlekłe. Ostre kataralne zapalenie zatoki lokalizuje się w wierzchniej warstwie śluzówki jest ona obrzękła, zwiotczała, zawiera torbielki wypełnione żółtym lub białym płynem. Przewlekłe zapalenie obejmuje również i wewnętrzną warstwę. W każdym stanie zapalnym śluzówka jest przekrwawiona, pokryta ropnym nalotem i 10—15 krotnie grubsza od normalnej. Histologicznie nąbłonek jest przepojony leukocytami, głębsze warstwy są obficie nasiąknięte Wysięk na powierzchni śluzówki zawiera leukocyty, erytrocyty oraz złuszczony nabłonek. Przewlekły empiemat różni się od formy ostrej tylko obfitszym ropieniem. Ostry proces zapalny toczy się zwykle w śluzówce; nader rzadko obejmuje otoczenie kostne, zaznaczając się nowotworzeniem lub rozrzedzeniem kości. Proces zapalny może przeniknąć ze śluzówki przez kanaliki naczyniowe zdrowej kości w kość lub okostną, gdzie w postaci ostitis lub periostitis prowadzi do martwicy kości. Główny subjektywny obiaw ból, niekiedy wcale niewyczuwalny przy pochodzenia zębowego zaznacza się silnym rozpieraniem szczęki, któremu zwykle towarzyszy zzpalenie okostnej wyrostka zębodołowego. Uczucie bólu ściany zatoki w okolicy wyrostka czołowego szczęki występuje prawie zawsze przy ostrej pogrypowej; bóle neuralgiczne n. podoczodołowego we wszystkich górnych zębach należą do nierzadkich, a jak utrzymuje H a j e k, spostrzega się bóle czołowe z jednocześnie występującymi napadowymi nerwobólami w określonych porach dnia, aczkolwiek inne zatoki jak czołowe, sitowe nie uczestniczą w procesie. Drugim ważnym obiawem rozpoznawczym jest wyciek roυy z nosa; nie przesądza on jednak ustalenia, która z zatok obocznych wskółuczestniczy w procesie.

Ropa w przypadkach pochodzenia zębowego, zaznacza się przykrą wonią. Zapaleniu przewlekłemu towarzyszą dokuczliwe częste katary. Z powodu bujania śluzówki i uklejów w okolicy fissura olfactoria, występują zaburzenia powonienia do zupełnej utraty takowego. Przy zapaleniu śluzówki nosa pojawiają się strupy i krwawienia nosa. W przeciwieństwie do samoistnych, pierwotnych, wtórne zapalenia śluzówki zatoki są przeważnie charakteru przewlekłego; zostają one przeniesione z sąsiadującego schorzenia zębowego oraz wyrostka zębodołowego, czemu sprzyja topograficzna wspólność terenu, unaczynienia oraz unerwienia. Anatomiczne uwarunkowanie dna zatoki i różna szerokość jej uchyłka zębodołowego przyczyną tego, że wierzchołki korzeni zębów bocznych, zwykle oddzielone od dna zatoki grubą warstwą kości gąbczastej, niekiedy stykają się z nią bezpośrednio albo wtłoczone do zatoki graniczą wspólną śluzówką. Przy takim uwarunkowaniu anatomicznym zapalenie okostnej, powstałe przy martwicy miazgi zębowej, przeniesione zostaje bezpośrednio do zatoki. Proces zapalny może również pośrednio, drogą zakaźną przez chorą miazg i naczynia albo z przewodu korzeniowego przez rozszerzony otwór szczytowy przejść do zatoki. Przewlekłe sprawy zębowe często resorbują kostną przegródkę, przyczym zapalne ognisko bezpośrednio przylega do zatoki i do niej się przenosi. Ziarniniaki okołowierzchołkowe. podczas wzmożonej żywotności drobnoustrojów, a zmniejszonej odporności ustroju, tracą właściwy charakter

ochronnych filtrów, a stają się pośrednimi czynnikami zakażenia zatoki. Hajek jest przeświadczony, że możliwe jest przeniesienie zakażenia istniejącymi szczelinami kostnymi drogą normalną przez kość, bez względu na jej grubość. Zapalenie zatoki może również powstać od urazu, rany szarpanej przy ekstrakcji, przypadkowo otwartej zatoki, przepchania zainfekowanego odłamka zęba do zatoki i rozpadu nowotworu szczęki oraz sprawy ropnozapalnej wyrostka zębodołowego. W okresie dziecięcym słabo rozwinięta jeszcze zatoka unika schorzenia nawet w tak ciężkich przypadkach, w których ropa z ogniska szczękowego toruje sobie ujście przez most. Z kazuistyki przytacza autor przypadki, Eulera i Hoepfla, pochodzące ze schorzenia przyzębia, stwierdzone również na materiale sekcyjnym. Robinsona pogląd roentgenologiczny oraz Scheuera — rozszerzenia szpary zębodołowych przy wierzchołkowej zdrowego zęba ze zgrubieniem śluzówki zatoki nad tym zębem. Materiał sekcyjny budowy histologicznej wykazał zapałne zmiany przewlekłe śluzówki zatoki przeniesione przez unaczynienie kostne szczęki z ziarniniaków, torbieli i przyzębicy ognisk oddalonych od zatoki. Niemniej groźnym od ziarniniaka sąsiedztwem dla zatoki jest torbiel wyrostka zębodołowego. Latami nie zdradzając się objawowo, wywiera ona ucisk zanikowy na odgrodzenie kostne, które zniszczywszy łączy bezpośrednio swe ściany ze śluzówką zatoki. Nieszkodliwa dla zatoki zawartość torbieli w stanie jałowym, przy zakażeniu prowadzi przez zapalenie ścianek swych do zakażeniowego zapalenia zatoki. Wobec jednukowego załamywania promieni Roentgena zaistniałych dwuch złączonych próżni bez kostnej przegrody, powstaje trudność roentgenologicznego ustalenia granic torbieli i zaprojektowania planu zabiegu chirurgicznego. Trudność tą usuwamy kontrastowym wypełnieniem jednej próżni 40% roztworem jodipiriny, przez wkłucie igły od strony dolnego przepustu nosowego do zatoki albo od przedsionka ust do torbieli. Wskazanym jest przed zastrzykiem płynu kontrastowego wypuścić z torbieli część płynnej zawartości[1]) i taką samą ilość wstrzyknąć jodopiryny, aby uniknąć nadmiernego wypełnienia; bezzwłocznie wykonać zdjęcie roentgenologiczne, bacząc na utrzymanie pozycji głowy nie narażającej na wyciek płynu kontrastowego do lub podczas zdjęcia. Roentgen może być dokonany wraz z igłą od zastrzyku, przez którą po dokonaniu zdjęcia płyn zostaje wypuszczony. Zatrzymanie płynu przez czas dłuższy nie jest szkodliwe.

Wnioski praktyczne:

1) Stwierdzenie przypadkowego otwarcia zatoki szczękowej podczas ekstrakcji zęba, dopuszczalne jest tylko sposobem dmuchania. Unikać należy zbytecznego sondowania, przepłukiwania drażniącymi odkażającymi płynami oraz tamponowania zębodołu. Usiłowania zbliżenia brzegów rozwartych forsownym ściskaniem ich, grozi obumarciem zmiażdżonych tkanek i następującym przeniesieniem zakażenia z ust do zatoki. Przy stycznych brzegach śluzówki zeszycie rany po usunięciu brzegów policzkowego i językowego zębodołu, nie przedstawia trudności.

2) Powikłaną ranę poekstrakcyjną szarpaną ze znaczną utratą tkanek uniemożliwiającą zmykania się brzegów, należy traktować zachowawczo. Wskazane płukanie rany i luźne wypełnienie zębodołu gazą jodoformową lub kamfe-

---

[1]) Wypuszczony płyn z torbieli należy wykorzystać dla zbadania na cholesterynę w celu odróżnienia torbieli od nowotworów.

nolową. Opatrunek nie może w żadnym razie wchodzić do zatoki, przeszkod:iłoby to bowiem zabliźnieniu jej brzegów śluzówkowych.

3) Przypadkowe otwarcie zatoki podczas resekcji wierzchołka nie wstrzymuje od zakończenia zabiegu, należy tylko bacznie uważać, aby żadne obce ciało nie zawleczone zostało do zatoki i w niej nie pozostało. Dla tego szczególnie należy sprawdzić ilość tamponów przygotowanych i zużytych do zabiegu. Jeżeli pod zeszytym płatem pozostawiony został seton dla odprowadzenia krwiaka, należy przymocować go do sąsiedniego zęba, aby zabezpieczyć od ewentualnego wciągnięcia do zatoki. Zaopatrzenie rany jak zwykle.

4) Wtłoczony przypadkowo podczas ekstrakcji odłamek zgorzelinowego zęba do zatoki musi być bezzwłocznie wydobyty. Przed tym jednak trzeba upewnić się przez dmuchanie o zachodzeniu otwarcia zatoki, odłamek bowiem mógł się zawieruszyć w ziarninie lub w sąsiedztwie pod śluzówkowym brzegiem. Tkwiący w zatoce odłamek początkowo znajduje się w pobliżu otworu; w zależności od czasu pozostawania w zatoce i od pozycji głowy ulec może przemieszczeniu. Orientację ułatwia Roentgen. Dla usunięcia odłamka wystarczy nieznaczne rozszerzenie otworu, często udaje się to przez wypłukanie fizjologicznym rozczynem soli lub 3% kwasu bornego przez otwór perforacyjny ewent. przez dolny przepust nosowy. Po osunięciu odłamka nakłada się szwy na zluzówkę.

5) Przy operowaniu torbieli, doszczętnego wyłuszczenia można wykonać tylko wtedy, jeżeli zachowana została ściana kostna, odgradzająca torbiel od zatoki, w przeciwnym razie o ile zatoka jest zdrowa, operuje się systemem Partscha. Przy schorzeniu zatoki należy jednocześnie operować radykalnie zatokę.

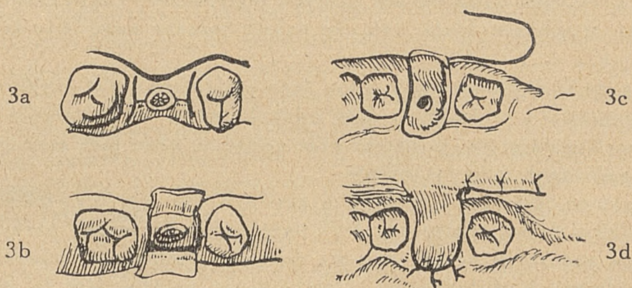
6) Przetoki zatokowe do jamy ustnej operuje się plastyką. Przed operacją wskazane upewnienie próbą dmuchania oraz przemywania, aby upewnić się, czy przetoka prowadzi do zatoki. W razie ropienia zatoki należy jednocześnie plastyką otworzyć przejście z zatoki do dolnego przepustu nosowego dla odpływu ropy.

Plastyczne operacje przetoki pochodzenia zatokowego górnej szczęki operuje się różnymi metodami.

Lautenschläger: Cięciem do kości szeroko okrojony zostaje biegun górny przetoki, przyczym odseparowuje się dokładnie miękkie części pozostałego skrawka. Drugim cięciem łukowym okrajamy dolny biegun tworzy wraz z górnym kształt elipsy. Odcięty płat doloy węższy jest od górnego. Następnie odpowiednio do dolnego brzegu kostnego oddłutowany zostaje podłużny kawał kości. Otrzymany płat śluzówkowo-okostnowo-kostny skierowany zostaje do górnego płata i z nim złączony. Nad tą klapą skonstruowaną śluzówką do zatoki, zamykają otwór zatoki, zeszyte zostają brzegi śluzówki. Do powyższego zbliżone postępowanie z małymi przetokami. Górny brzeg przetoki zostaje obkrojony i gruntownie odświeżony; pobrany czop śluzówkowo-kostny z dolnego brzegu przetoki przesunięty do otworu przetoki i do niej wklinowany, poczym zeszywa się zmobilizowany dolny brzeg śluzówki z górnym.

Ta sama zasada utrzymana jest w postępowaniu z przetokami zębodołowymi. Z pobliża okrojony zostaje płat śluzówkowy; wydłutowany odpowiedniego rozmiaru kawałek kości niepozbawiony łączności z okostną, jako płat kostno-okostnowy, wtłoczony zostaje do przetoki i pozostawiony niekiedy bez

pokrycia. Ten sposób daje zdaniem autora dobre wyniki, bowiem szybko powstająca nowa kość z płata śluzówkowo-kostnego tworzy trwałe zatykadło. Trudne jest jednak obliczenie wymiaru kostnego czopu i utrzymanie jego łączności z okostną. Jest to powodem częstego rezygnowania przy plastykach zatykadła kostnego, nad którym przekłada się zakrycie przetoki płatem śluzówkowym z obustronnie pokrytym nabłonkiem.



Ryc. 3 a, b: Plastyka przetoki zębodołowej podanej przez Zange'go.
Ryc. 3 c, d: Plastyka przetoki zębodołowej podanej prez Axhausena.

Zange podaje bardziej celowy sposób postępowania z zębodołową przetoką. Z brzegów przetoki odcina skrzydła bramy odseparowane do dna zatoki szczękowej, które ściąga szwem jak worek do przechowania tabaki i zanurza do zatoki. Nad tym zeszyte zostają brzegi śluzówki.

Axhausen rezygnuje z nabłonkowania wewnętrznego zatoki wprowadzonego płata i przykrywa przetokę płatem śluzówkowo-mięśniowym w kształcie języka, pobranym z przedsionka. Ponieważ taka plastyka uszczupla znacznie przedsionek, Pichler zmodyfikował ją na 2 płaty mostowe uszypułowane dwustronnie z przerzuconej fałdy i ściągnięte nad przetoką. Powstały stąd defekt przedsionka goi się ziarniną (przytoczone z Petrika).

Streścił *Gombiński.*

Gold E. (Wiedeń): **Moderne Schmerzbetäubungsmethoden in der allgemeinen Chirurgie. (Nowoczesne metody usypiania w ogólnej chirurgii.** (Ars Medici 1938/1).

Zasadniczym środkiem do ogólnego uśpienia jest eter. Ujemną jego cechą jest, że pary eteru działają drażniąco na drogi oddechowe, dlatego też wszelkie ulepszenia mają na celu szkodliwość tę w miarę możliwości wykluczyć. To udaje się tylko częściowo.

Usypianie eterem odbywać się może w dwojaki aposób: 1) z otwartą maską, 2) z maską Ombrédanne'a z regulacją dopływu powietrza. Przy tej ostatniej zużywa się mniej eteru, dalej pary eteru ulegają ogrzaniu przed wdechiwaniem, a tym samym działają mniej drażniąco na błonę śluzową dróg oddechowych. Powietrze wydechowe częściowo pozostaje w aparacie, przez co bezwodnik kwasu węglowego miesza się z parami eteru, pogłębia oddech i powoduje lepsze wyzyskanie mieszaniny powietrza z eterem

W ten sposób przez powtórne wdechiwanie bezwodnika kwasu węglo-

wego zmniejsza się rzekomo liczba przypadków pooperacyjnych powikłań płucnych.

Nowsze metody polegają znowu na tym, że stosuje się eter ogrzany, co zmniejsza stany podrażnienia błony śluzowej dróg oddechowych.

Najnowszym środkiem do narkozy inhalacyjnej jest gaz rozweselający (podtlenek azotu), nie drażni dróg oddechowych, nie uszkadza wątroby, jest też najlżejszym sposokem uśpienia dla chorych wątrobowo. Głębokość jednak tego uśpienia jest względnie mała, tak, że należy jeszcze mieć inny środek w pogotowiu.

Stroną dodatnią stosowania gazu rozweselającego jest szybkie obudzenie się, brak wymiotów i podrażnień dróg oddechowych. Występujące przy uśpieniu gazem rozweselającym podwyższenia ciśnienia krwi jest momentem korzystnym przy zabiegach u hypotoników.

Wskazanym jest przed uśpieniem zastrzyk 0,01 morfiny+0,0005 (do 0,001) atropiny godzinę przed zabiegiem, 0 02 pantopomu kwadrans przed zabiegiem.

Wielkie znaczenie praktyczne ma dożylne uśpienie *ewipanem*, który jest preparatem kwasu barbiturowego. Dawkowanie zależne jest od wieku. Zrazu wstrzykuje się 2—4 cm^3, jeśli chory usnął wstrzykuje się jeszcze 1/2—1 cm^3, pozostawia igłę w żyle, aby w razie potrzeby po 1/2—1 cm^3 wstrzykiwać. Dawka maksymalna dochodzi do 18—22 cm^3. Godzinę przed uśpieniem daje się też pantopon lub morfinę.

Po zabiegu budzi się chorego dożylnym zastrzykiem koraminy lub kardiarolu.

Przeciwwskazany jest ewipan u chorych na wątrobę i charłaczych.

Awertyna rektalnie wprowadzona znajduje zastosowanie tylko jako środek usypiający podstawowy, mianowicie przy ciążkim Bassedowie 0.06—0.07 na kg wagi ciała. Szczególne zastosowanie głębokiego uśpienia ma awertyna przy leczeniu tężca. Obniżkę ciśnienia krwi przy awertynie skompensować można, gazem rozweselającym.

Zasadniczo kombinuje się awertynę z eterem lub znieczuleniem miejscowym.

Co się tyczy znieczulenia miejscowego, to powinno ono zawsze raczej być stosowane niż uśpienie ogólne -nawet przy najpoważniejszych zabiegach unikając w ten sposób ciężkich powikłań ponarkozowych.

Przy znieczuleniu miejscowym znaczenie ma też przygotowanie chorego wstrzykując godzinę przed zabiegiem morfinę i pantopon, wedle Kirschnera ostatnio roztwór skopolaminy, enkodalu i efetoniny. To przygotowanie jest jednym z najważniejszych warunków skutecznego znieczulenia. Znieczulenie lędźwiowe stosowane jest przy zabiegach w odbytnicy, ginekologicznych, ujemną stroną jest obniżka ciśnienia krwi, czemu zapobiedz można zastrzykiem efetoniny lub koffeiny. *Dr. Bardasz-Druckerowa.*

Dr. G. Imming (Berlin): **Ein differenzialdiagnostisch interresanter Krankheitsfall zwischen Zahn- Mund- und Kieferheilkunde und Gesamtmedizin.** (Ciekawy pod względem rozpoznania różniczkowego przypadek z pogranicza stomatologii i medycyny ogólnej). Zbl. Chir. 1938, nr. 33.

Na marginesie opisanego przez siebie przypadku, którego rozpoznanie było względnie łatwe dla stomatologa, a nie zostało postawione przez lekarza

praktyka ani nawet przez klinikę chorób wewnętrznych i rentgenologa, podkreśla autor ważność współdziałania w podobnych przypadkach ze stomatologiem-

Chłopiec trzynastoletni odesłany przez lekarza praktyka z podejrzeniem na świnkę na oddział wewnętrzny szpitala (15. XII. 1937) skarży się na bóle w okolicy silnie obrzękłego lewego policzka i ucha, które trwają od początku tego miesiąca. Zęby silnie próchnicowe, dziąsła obrzękłe, ale nie zaczerwienione, język, gardło, migdały bez szczególnych zmian. Szczękościsk miernego stopnia (2 cm). Temperatura nie podwyższona. W okolicy gałęzi wstępującej żuchwy lewej twardy bolesny guz wielkości jaja kurzego, sięgający ucha i dolnego brzegu żuchwy. Orzeczenie rentgenologa brzmiało: —67 wykazują duże ubytki, nie rozpoznaje się procesu kostnego szczęki. 23. XII. pacjent opuszcza klinikę z poleceniem udania się na klinikę chirurgiczną bez dokładnej diagnozy Przypuszcza się sarcoma, osteomelitis. 4. I. 1938 zostaje pacjent przyjęty na poliklinikę chirurgiczną. Tu stwierdza się oprócz objawów powyższych i chełbotanie. Oprócz tego rozpoznaje się odrazu na pierwszym zdjęciu zmiany patologiczne, a mianowicie około zawiązka —8 jasne pole. Rozpoznanie: sprawa ropna w częściach miękkich od torbieli zawiązkowej dolnej lewej ósemki. Nacięto od zewnątrz, a w trzy tygodnie później zoperowano torbiel według Partscha I. Normalny przebieg tamponady i gojenia.

Przypuszczalne rozpoznanie: osteomyelitis, sarcoma, świnka, mogły zostać wykluczone przez chirurga stomatologa na podstawie braku typowych objawów

Ref. *Margulies.*

Doc. Dr. E. Kubanyi (Budapeszt): **In welchem Lebensjahre sollen Wolfsrachenoperationen ausgeführt werden?** (W którym roku życia należy przeprowadzać operacje rozszczepów podniebiennych? Zbl. f. Chir. 1938. Nr. 33.

Najważniejszym celem operacji rozszczepów jest uzyskanie poprawnej wymowy. Nie należy przeprowadzać zabiegu w latach późniejszych, kiedy wrodzona wada podniebienia powiększy się przez wzrost kośćca czaszkowego i zanik słabo używanych mięśni podniebienia miękkiego z następstwem przyzwyczajenia się dziecka do wadliwej wymowy. Najodpowiedniejszym czasokresem dla operacji jest przeto czas, w którym dziecko zaczyna ćwiczenia mowy, a więc między 1-szym a 2-gim rokiem życia, ściślej jak poleca autor, w 18-tym miesiącu życia. Ref. *Margulies.*

Leczenie zapalenia jamy ustnej. P. Sary (Paryż) poleca przed leczeniem bizmutem lub złotem przede wszystkim sanację uzębienia; przy zdrowych zębach szczotkowanie dziąsła pastą: Cret. praecip Magnes. calcinat aną 25,0. Natr. borac. 2,5, Saccharin 0,25, Olei Menth. gt. X. Pozatym płukanie roztworami odkażającymi. Przy zaniedbanym uzębieniu czyszczenie zębów pastą: Jod. pur. 1, Glycer. 9, Lapid. pumic. q. s. Protezy po każdym posiłku należy myć mydłem, a na noc wkładać do 10% roztworu formaliny, rano dokładnie spłukać.

Przy stomatitis aphtosa lub ulcerosa wstrzykuje Fritz S. (Budapest) domięśniowo Proskorbin (firma Richter — Budapest), który zawiera 0,15 g witaminy C w ampułce 2 cm^3 fizjologicznego roztworu soli i daje szybką poprawę. Preparat ten stosuje się też doustnie w postaci proszków lub tabletek. (Kinderärztl. Prax. 1937/12)*).

Prof. J. Münch: Dzisiejszy stan leczenia przewodów i jego stosunek do zakażenia ogniskowego. Deutsche Zahnärztl. Wochenschrift. 1938/40.

Doświadczenia z praktyki i statystyka zdjęć roentgenowskich pouczają, że wielka ilość zębów (60%) wykazujących zmiany szczytowe (ziarniniak) była leczona, a dokładniej, że wielka ilość ziarniniaków powstała w związku z leczeniem przewodów. Jasnym jest, że takie ogniska chorobowe w szczęce, mogą być powodem jakiegoś ogólnego schorzenia organizmu. Powody powstania ogniska pierwotnego mogą być różnorodne. Głównie jednak należy myśleć o nieodpowiednim leczeniu, używaniu szkodliwych lekarstw i materiałów i nieuwzględnianiu zasad aseptyki. Niewątpliwie pewną rolę odgrywają także i stosunki miejscowe przy szczycie korzenia i w kości, w związku z ogólną konstytucją i dyspozycją organizmu. Skutki nieodpowiedniego leczenia występują najczęściej po upływie dłuższego dopiero czasu, rozwijają się powoli i nie zwracają uwagi chorego, dopóki nie wystąpi jakieś schorzenie ogólne w postaci np. zapalenia stawów, wsierdzia, nerek i t. p. Wówczas zaczyna się dopiero myśleć o ogniskach zapalnych zęba. Już samo usunięcie miazgi jest urazem w miejscu jej oderwania, mogącym wywołać przejściowe uszkodzenia żywotności ozębnej. Uszkodzenie to może się stać poważnym, a nawet trwałym, jeżeli zadziałamy środkami i lekarstwami dla tkanki szkodliwymi, działającymi poprzez przewód na ozębną. Do tej kategorii należą arszenik, chlorefenol, trójkrezolformalina i preparaty podobne, nekrotyzujące i ścinające białko. Mogą one na skutek uszkodzenia miejscowego, spowodować zwiększoną podatność tkanki okołoszczytowej na zakażenie. To samo tyczy się i całego szeregu materiałów używanych do wypełniania przewodów.

Najważniejszym postulatem przy leczeniu przewodów jest przestrzeganie zasad asceptyki i praca narzędziami jałowymi. Wielka ilość ognisk zębowych powstaje niewątpliwie z powodu niedotrzymania tych warunków Bardzo ważnym momentem jest odporność organizmu. U osobników młodych odporność jest większa, u osobników starszych ważną rolę odgrywa konstytucja i dyspozycja. Organizm chory lub osłabiony jest bardziej podatny na następstwa zmian urazowych i zakażenie, niż organizm młody i zdrowy.

Celem uniknięcia zakażenia ogniskowego należy jednak uwzględniać jeszcze i inne postulaty. Jednym z najważniejszych jest należyta rozbudowa systematycznego i celowego zapobiegania próchnicy. Bardzo ważnym jest także rozbudowanie odpowiedniej metody biologicznej amputacji miazgi, którą by można w odpowiednich przypadkach stosować zamiast leczenia przewodów. Udałoby się w ten sposób uniknąć wielu przypadków zakażenia ogniskowego. Metoda polecana przez autora jest następująca:

Zamiast arszeniku, którego działania w głąb nie da się dokładnie skontrolować, stosuje się znieczulenie miejscowe. Wyklucza ono uszkodzenie ozębnej, mogące wystąpić także i w późniejszym okresie we formie osłabienia jej siły żywotnej. Największą jednak korzyścią amputacji jest to, że rana zostaje przeniesiona z groźnej okolicy przyszczytowej i pobliża kości do okolicy wejść do przewodów. Na zwierzętach udowodnił Münch histologicznie, roentgenologicznie, klinicznie i eksperymentalnie, że dzięki jego metodzie pozostałe kikuty miazgowe spełniają normalną funkcję, nawet w wzmożonej mierze, dzięki odpowiednim opatrunkom. W ten sposób usunięte zostało wielkie źródło niebezpie-

czeństwa dla ozębnej, kości i całego organizmu. Na ranę amputacyjną (amputacja wykonana pod ślinochronem, jałowymi wiertłami i przy użyciu jałowej waty, gazy i t. p.) nakłada Münch „pulpatekt", preparat zawierający obok soli wapniowych, bardzo dokładnie sproszkowaną kość i szpik kostny embrionów cieląt i witaminy. Opatrunek ten pokrywa się cementem, bez ucisku, po czym następuje definitywne wypełnienie.

Jako efekt tego leczenia stwierdził Münch w bardzo wielu przypadkach wzmorzone tworzenie się zębicy w pozostałej miazdze, w następstwie czego doszło do całkowitego, twardego wypełnienia przewodów. Komórki miazgowe przyjmują przy tym na siebie czynność odontoblastów. Tkanka miazgowa wchłania bezpośrednio sole wapniowe i powstają bezpostaciowe złogi wapniowe. W przypadkach chronicznego zapalenia miazgi (pulpit. chronica) obserwował autor wytwarzanie się kości z tkanki miazgowej. Wskazaniami do leczenia metodą Müncha są: przypadkowe odkrycie zdrowej miazgi, przekrwienie, częściowe zapalenie miazgi. W przypadku ostatnim nie zawsze dadzą się uniknąć błędy spowodowane niemożliwością dokładnego rozpoznania. Ref. *Dr. Berger.*

Karl Knochendorfer: Utrudnione wyrzynanie się dolnych zębów mądrości połączone z tworzeniem się ropni podniebiennych. D. Prakt. Zahnarzt, 1937/2.

Utrudnione wyrzynanie się albo zatrzymanie zęba mądrości może powodować: a) dolegliwości miejscowe, b) ropień miejscowy z wszystkimi jego komplikacjami, aż do zejścia śmiertelnego. Zapalenie wychodzące z kieszonki dziąsłowej może dojść aż do pierwszego zęba trzonowego i tu wywołać złudzenie ropnia przedsionkowego. Stąd może się rozchodzić dalej po przestrzeni, w której leży corpus adiposum buccae i wytworzyć ropień policzkowy. Może też ono postępować w kierunku odwrotnym, na wewnątrz, dojść do dna jamy ustnej i opadać do miękkich części szyi i jeszcze głębiej. Może się też rozprzestrzeniać i ku górze, po wewnętrznej lub zewnętrznej stronie gałęzi wstępującej żuchwy i wzdłuż mięśnia skroniowego dotrzeć poprzez fossa infratemporalis i pterigopalatina aż do podstawy czaszki lub idąc po stronie wewnętrznej gałęzi wstępującej do spatium pharyngeum, a także i do podniebienia miękkiego i tu wytworzyć ropień. Jeżeli zaatakowane są mięśnie żujące, występuje zawsze szczękościsk.

Uwaga referenta: Krótki artykuł Knochendörfera jest bardzo ogólnikowy Niezmiernie ważna sprawa ropni omówiona jest wyczerpująco w klasycznym dziele A. Cieszyńskiego „O zakażeniu ropnym, ropowicach szczękowych i ich leczeniu", Lwów 1929. Ref. *Dr. Berger.*

Dr. Kovařik (Brno): **Replantowany ząb po 26-ciu latach.** Ceskoslovenska Stom. 1938, Nr. 11.

Dr. Kovařik podaje opis i zdjęcie roentgenologiczne zęba |1, który sobie chory wybił dłutem przed 26-ciu laty. Ząb, jak podaje chory, wisiał w jamie ustnej na skrawku dziąsła. Chory włożył ząb palcami do zębodołu, usta przepłukał w domu octem i więcej się o ząb nie troszczył. Po tylu latach zgłosił się z próchnicą tego zęba. Przy badaniu okazało się, że ząb jest martwy, wykazuje lekkie objawy ze strony ozębnej; zdjęcie wykazuje resorbcję szczytu z małym

odwapnieniem kości, przestrzeń ozębnowa wąska i dobrze zaznaczona, pówierzchnia korzenia gładka. Dany przypadek wykazuje, że mimo panujących poglądów, że ząb replantowany zachowuje się jak ciało obce, które ulega wcześniej czy później resorbcji, nastąpił rzeczywisty zrost ozębnej z okostną zębodołu. Wniosek z tego, że ząb wyjęty należy jak najrychlej z powrotem wsadzić do zębodołu, nie używając żadnych środków odkażających. *Dr. Margulies.*

Dr. phil. chem. Th. Gassman: 1) Witaminy i ich związek z krzywicą kości i próchnicą zębów. 2) Wpływ magnezu na przemianę materii i związek z powstawaniem krzywicy kości i próchnicy zębów. (Schweiz. Mschr. f. Zhkde. 1936).

Gassman zajmuje się w dwóch artykułach rolą witaminów i magnezu w powstawaniu krzywicy kości i próchnicy zębów. Gassman wykazał w dawniej przeprowadzonych analizach, że głównym składnikiem substancji kostnei zębowej jest sól złożona (apatyt) o stałym stosunku ilościowym 10 Ca : 6 Po^4 : Co8. Theiler, Theorell i Kuhn wykazują, że dla powstania tej soli muszą być obecne witaminy, zawierające fosfor (wit. D, B2). Co do magnezu, wykazują Euler i Lohmann, że ten aktywuje zaczyn fosfatazę, który znów zwalnia kwas fosforowy z lecytyny i kwasu heksozodwufosforowego, potrzebny do budowy kości i zębów. Ważne przy tym jest to, że magnez działa tu tylko w pewnej określonej koncentracji. Większe ilości magnezu działają hamująco na fosfatazę. Gassman wnioskuje z występowania krzywicy i próchnicy w pierwszych latach życia i ze stwierdzenia w tym czasie nadmiernych ilości magnezu, że występuje tu obciążenie dziedziczne Wnioski końcowe: w powstawaniu próchnicy i krzywicy ponoszą winę brak witaminów, zawierających fosfor i nadmierne ilości magnezu. *Dr. Margulies.*

Prof. Dr. Fr. Neuwirt: Praktické pokyny k určování bolestivosti zubu na tepelne dráždění. (Praktyczne wskazówki dla oznaczenia bolesności zębów na bodźce cieplne. Ceskoslovenska Stomatologie. 1938. Nr. 11.

Bolesność zęba na ciepło, którą tłumaczymy sobie przekrwieniem i zwiększoną prężnością ogrzanych gazów może wskazywać, nie mówiąc o zapaleniu miazgi, na wiele stanów chorobowych zęba. Są to: zgorzel, początek ostrego zapalenia ozębnej, eksacerbacja przewlekłego zapalenia ozębnej, zapalenie miazgi szczątkowej. Bóle te mogą być chwilowe, łekkie, ale czasem trwają też kilka minut i mają charakter neuralgiczny, promieniują. Pacjent najczęściej bólu na ciepło nie może dokładnie zlokalizować. Łatwo dojść do źródła bólu, jeżeli mamy do czynienia z zębem martwym, jedynym w danym odcinku szczęki, lub z zębem, który daje już wyraźne objawy zapalenia ozębnej. Jeżeli natomiast jest kilka zębów martwych lub ząb pod mostkiem, nie pomoże czasem w tym wypadku i zdjęcie roentgenowskie, bo równie dobrze może reagować na ciepło ząb martwy wykazujący zmiany okołoszczytowe, jak i ząb martwy bez zmian dających się stwierdzić roentgenologicznie. Próba ciepłą wodą nie zawsze jest wystarczająca. Jeżeli użyjemy mało wody, nie ogrzejemy zęba dostatecznie i równomiernie, jak to się dzieje przy spożywaniu gorących potraw. Jeżeli nadużyjemy ciepłej wody, możemy zadziałać na zęby sąsiednie i znów próba niepewna.

Neuwirt ogrzewa dany ząb przez tarcie obracającego się walca gumowego. Jeżeli ząb ma metalowe wypełnienie, używa do tego krążka karborundowego. Używa również ogrzanego materiału wyciskowego, którym obejmuje cały ząb. Wywołuje tym zazwyczaj ten rodzaj i nasilenie bólu, jaki podaje pacjent. Przy wątpliwościach ogrzewa i zęby sąsiednie dla porównania nasilenia bólu w zębie podejrzanym z nasileniem bólu w ewentualnie istniejących zębach martwych sąsiednich.

W tym samym artykule nadmienia i o sposobach badania na zimno. I w tym wypadku zimna woda daje podobne zastrzeżenia jak gorąca. Poleca propagowany przez Sichera sposób badania kuleczką waty umoczoną w chlorku etylu. Jeżeli badanie wypada dodatnio, ząb na pewno żyje i zaoszczędzamy choremu dość przykrego badania prądem. Podkreśla podług Sichera ważność takiego badania przy zapaleniach miazgi zstępujących — wstecznych — rozpoczynających się od szczytu zęba przy zębach z przyzębicą o szerokiej przestrzeni ozębinowej. W tych wypadkach reaguje często szyjka zęba tylko po jednej stronie tegoż (Sicher). *Dr. Margulies.*

Dr. K. Kahn: Vyvoj lidske brady. (Powstanie brody człowieka). Brno. 1937. (Ref. Ceskoslov, Stomat. 1938, Nr. 11).

Autor zajmuje się kwestją powstania brody człowieka. Broda rozwijała się równomiernie i równocześnie z głową, a także i z całym ciałem człowieka. Każda zmiana objawiająca się w dolnej szczęce, stoi w związku z potrzebą utrzymania równowagi człowieka-dwunoga. Przemiana czworonoga na dwunoga bierze swój początek z rozwoju mózgu, który rośnie w tył i ku górze, co pociąga za sobą odpowiedni rozrost czaszki mózgowej kosztem twarzowej; równocześnie rośnie czaszka i w szerokość. Następuje redukcja mięśni twarzy i z długiego wąskiego pyska zwierzęcia powstaje twarz istoty dwunożnej. Na zmiany te wpływa jeszcze ciągnienie przedniej ściany klatki piersiowej i siła ciężkości. Decydujący wpływ na rozwój dolnej szczęki wywiera rozszerzenie się podstawy tejże. Dwie siły działają na dolną szczękę przy procesie tworzenia się człowieka dwunożnego: 1) siła mięśni między szczęką dolną a kością językową plus siła mięśni przedniej części tułowia, 2) siła powstała skutkiem rozrostu czaszki w szerokość. Dolna szczęka to rura spłaszczona i w środku wygięta, która przy rozszerzaniu się czaszki ma tendencję naprostowania się. Na zewnątrz działa wtedy siła ciśnienia największa w okolicy spojenia, a wewnątrz siła ciągnienia. Skutkiem ciągłego zwiększania ciśnienia na spojenie przez rozszerzanie się przestrzeni między wyrostkami stawowymi powstaje protuberantia mentalis (broda pierwotna). Między dwie połowy szczęki rosnące ku sobie (medialnie) wrasta później os mentale (Bardeleben), która to kość zostaje ściśnięta przez obie połowy szczęki i wysunięta w ten sposób najbardziej ku przodowi (wentralnie). i tak powstaje broda wtórna. Autor dochodzi więc do wniosku, że broda powstaje skutkiem ciśnienia na miejsce spojenia dwóch części szczęki dolnej. Fałszywe jest wedle autora mniemanie, że broda powstała skutkiem potrzeby wzmocnienia kości na miejscu największego napięcia poprzecznego. Przeciw temu świadczy fakt, że w kości w tym miejscu znajduje się istota gąbczasta (spongiosa) i to, że szczęka dolna powstaje z dwóch części, które się w tym miejscu zrastają, a przyroda znalazłaby prostszy sposób na zmniejszenie

napięcia poprzecznego. Skomplikowana embriologia dolnej szczęki (w życiu płodowym rozwija się łączno-tkankowa część wyrostka zębodołowego prędzej od podstawowej części chrząstkowej, która później tworzy brodę), wskazuje na to, że broda jest tworem filogenetycznie młodszym, jest właściwością człowieka i służy przede wszystkim mowie. Podobnie spotykamy u człowieka z młodszej epoki kamiennej łuk zębowy powyżej linea mylohyoidea wklęsły (podczas gdy u postaci starszych był on wypukły), co powiększa przestrzeń jamy ustnej. Tworzy się przez to miejsce dla krótkiego, ale wysokiego języka, który służy dobrze zarówno mowie, jak i przyjmowaniu pokarmów. Wielkości zębów zostaje ta sama, redukują się tylko przestrzenie międzyzębowe, zrastają korzenie i zachodzi brak miejsca dla zęba ósmego. Wszystko powyższe jest następstwem szybkiego rozwoju mózgu. *Dr. Margulies.*

Ocena książek.

Witold Wojnarski: Zbiór przepisów prawnych, dotyczących całokształtu spraw dentystycznych. Nakł. Samorządowego Instytutu Wydawniczego. Warszawa, 1938. Cena 3 zł. (50 gr. porto).

Autor, Komisarz Rządowy Izb Lekarsko Dentystycznych, podaje w powyższej książce przede wszystkim zbiór przepisów prawnych, dotyczących całokształtu spraw dentystycznych. Zbiór ten zawiera jednolity tekst rozporządzenia Prezydenta Rzp. z dnia 10 czerwca 1927 o wykonywaniu praktyki dentystycznej, teksty rozporządzeń, dotyczących techników dentystycznych, ustawy z dnia 11 stycznia 1938 o Izbach Lekarsko-Dentystycznych, rozporządzenia o ordynacji wyborczej do Rad Okręgowych Izb Lekarsko-Dentystycznych.

Przy poszczególnych przepisach znajdują się komentarze oraz starannie dobrane okólniki i orzecznictwa. Komentarze te, poparte wykładnią Ministerstwa Opieki Społecznej, Departamentu Służby Zdrowia, orzecznictwem Najwyższego Trybunału Administracyjnego i Sądu Najwyższego, dają możność dokładnej interpretacji przepisów prawnych.

Książka obejmuje trzy następujące działy:

1) dział wykonywania praktyki dentystycznej (str. 5—66);

2) dział o Izbach Lekarsko-Dentystycznych (str. 69—101), po tym zaś dziale (str. 103) znajduje się skorowidz rzeczowy;

3) dział wykazu członków Komisji Wyborczej i zastępców, mianowanych przez Pana Ministra Opieki Społecznej i spis lekarzy dentystów, wyborców do Okręgowych Izb Lekarsko Dentystycznych (str. 109—208).

Referowana książka jest pierwszą, jedyną w Polsce pracą, omawiającą w sposób wyczerpujący stosunki prawne w zakresie praktyki dentystycznej. Z tego też powodu Redakcja Polskiej Stomatologii uważa za stosowne podkreślić, że powyższa książka, w imię zrozumiałego dobra zainteresowanych kolegów-stomatologów i lekarzy-dentystów, powinna się znaleść w posiadaniu wszystkich, którzy we własnym interesie winni zapoznać się dokładnie z treścią książki, a tym samym z obowiązującym ustawodawstwem w dziedzinie swego zawodu.

Jest pożądanym, by autor w następnym wydaniu tejże książki podał skorowidz rzeczowy, nie w środku tekstu, lecz na końcu, a w szczególności

uwzględnił ponad to wykaz tytułów rozporządzeń, co bardzo ułatwi czytelnikowi zorientowanie się w szukaniu potrzebnych mu przepisów,

Następnie pożądanym jest skontrolowanie adresów lekarzy dentystów, ponieważ stwierdziliśmy, że ostatnio około 10% adresatów zmienilo swoje miejsce zamieszkania.

Ta ustawiczna zmiana adresów lekarzy dentystów jest zjawiskiem dość częstym. Należałoby przeto zbadać przyczyny ustawicznej zmiany adresów.

Interesującą tę książkę prawniczą nabyć można także wprost u autora, Warszawa, ul. Sucha 30, m. 3. *S. Czortkower.*

Dr. Karol Mikulski: Krótki zarys nauki o bliźniętach. (Gemelliologia), Str. 162. Płock, 1937. Nakł, Księgarni B-ci Detrychów.

Zagadnienie dziedziczności u człowieka z braku możności przeprowadzenia badań eksperymentalnych, opiera się na badaniach nad rodzinami, bliźniętami i mieszańcami tz. bastardami, tj. nad potomstwem człowieka białego z kolorowym względnie kolorowych.

Piśmiennictwo dotyczące tego zagadnienia jest dość obfite, lecz rozrzucone w różnych czasopismach świata, rzadko dostępnych czytelnikowi.

W szczególności daje się to odczuwać w piśmiennictwie polskim, brak jest syntetycznych podręczników, w którychby przedstawione zostały poruszone zagadnienia. Ostatnio ukazała się praca dr. Mikulskiego, w której przedstawia on w formie przystępnej, zdobycze nauki o bliźniętach ze względu na duże zainteresowanie tym tematem w ostatnich czasach. Autor opiera się przede wszystkim na piśmiennictwie przedmiotu, pragnąc je przedstawić w sposób systematyczny i ułatwiający czytelnikowi własne poszukiwania literatury, rozrzuconej w szeregu tygodników i miesięczników naukowych.

Całokształt zagadnienia ujął autor w 5-u rozdziałach. W pierwszym omawia diagnostykę i genetykę bliźniąt, w drugim porusza dziedziczność w stosunku do środowiska, w trzecim wyświetla psychologię i pedagogikę bliźniąt, w czwartym przedstawia sylwetki bliźniąt, w piątym zaś zajmuje się neuropsychiatrią bliźniąt. Ponad to załącza bardzo bogąte piśmiennictwo, obejmujące 13 stron.

Według autora badania nad bliźniętami pozwoliły wykryć współzależność pomiędzy czynnikami dziedzicznymi a środowiskiem, naświetlając ich właściwą rolę rozwojową.

Ten punkt widzenia, za którym przemawiało bardzo wiele faktów klinicznych, znalazł swe potwierdzenie w nauce o bliźniętach. Nie możemy natomiast dotąd ująć dokładnie stosunku, jaki zachodzi między tymi czynnikami.

Jeśli idzie o sprawy dziedziczno-środowiskowe, dotyczące życia psychicznego, cierpień psychicznych lub nerwowych, znajdujemy według autora w nauce o bliźniętach materiał, który stanowi potężną podstawę do wyciągnięcia tych lub innych wniosków.

W omawianej książce poruszył autor wszystkie interesujące sprawy, związane z tematem w sposób możliwie prosty, bez wyliczeń statystycznych i zawiłych pojęć genetycznych. Swoją formą przeto jest ona dostępną dla każdego, nawet nie posiadającego wykształcenia przyrodniczego, który interesuje się bliźniętami z punktu widzenia wychowawczego lub psychologicznego, nie mówiąc już o przeznaczeniu dla lekarzy, którzy w pierwszym rzędzie powinni zainteresować się tą książką, jako opiekunowie szkolni. *Dr. S. Czortkower*

Rebel H. H.: Podręcznik dentystyki zachowawczej. (Lehrbuch der konservierenden Zahnheilkunde). Nakładem Lehmana, Monachium, 1938, str. 565 ryc. 218.

Na podręcznik „Dentystyki Zachowawczej" Rebla składają się dwa duże rozdziały. Pierwszy zatytułowany „Tkanki twarde zęba" zawiera obok części ogólnej podstawowej (instrumentarium, sposób pracy w ustach), część szczegółową, odnoszącą się do preparowania ubytków zębowych i materiałów, używanych do wypełnień ubytków.

Rozdział drugi „Tkanki miękkie zęba", przyzębie, anatomia, histologia i biologia miazgi i systemu przewodu korzeniowego" daje nam diagnostykę i terapię schorzeń miazgi, ozębnej, a częściowo także przyzębia.

Autor daje w swym podręczniku kilka rozdziałów mniejszych, traktujących o leczeniu zębów mlecznych, higienie jamy ustnej i lekach.

Podręcznik powyższy uwględnia najnowsze metody pracy w danym zakresie, (że nadmienię tylko takie rozdziały. jak: wypełnienia porcelanowe, leczenie diatermią, ozonem, jonoforezą), przy czym autor przedstawia nie tylko szkołę swoją, ale przytacza poglądy i sposoby pracy różnych autorów z podaniem nazwisk, co w podręcznikach nie zawsze ma miejsce. W następstwie nie mamy jednostronności, cechującej często podręczniki.

Podręcznik powyższy jest nastawiony na traktowanie zęba nie jako narządu samego dla siebie, ale jako takiego związanego przyczynowo i skutkowo z całym ustrojem człowieka.

Dla tej jego zalety przede wszystkim przestudiować go mogą z prawdziwym pożytkiem lekarze-praktycy.

Dr. Margulies.

ZAPYTANIA I ODPOWIEDZI.

Odpowiedzialny za redakcję działu: Dr. Tadeusz Owiński.

Pytania jak również i odpowiedzi należy nadsyłać pod adresem redaktora tego działu Dr. Tadeusza Owińskiego, Lwów, ul. Bielowskiego nr. 3. W razie nadesłania zdjęć roentgenowskich, które miałyby być reprodukowane, należy przesłać 6 zł. (sześć) na pokrycie kosztów.

Pytanie 10. *Jaka jest dobra i wypróbowana recepta na pastę dewitalizacyjną, arszenikową, o działaniu bezbolesnym i trwałą w przechowaniu?*

Odpowiedź na pytanie 10.

Rp. Acidi arsenicosi 0,5
Cocaini muriatici 0,7
01. Caryophylior q. s. ut. f. pasta dura
d. carmini ut f. color.
M. D. S. Pasta arszenikowa. Ad uso proprio.

Pasta chroniona od ciepła i światła utrzymuje się trzy do cztery tygodnie.

T. O.

P y t a n i e 11. *Jaka jest różnica w leczeniu przewodów zębowych przy pomocy diatermii i jonoforezy?*

Odpowiedź na pytanie **11**. Między jonoforezą, a diatermią istnieje zasadnicza różnica. W jonoforezie mamy zjawisko wędrowania jonów stale w jednym kierunku. Stąd możność przesyłania lekarstw przy pomocy prądu pod skórę, względnie jak w stomatologii w kanaliki zębinowe i tkankę szczytową po drodze wilgoci. Lekarstwo pędzone po drodze prądu nasyca ząb, ramifikacje i okolicę szczytową. Postać lekarstwa jest szczególnie aktywna, gdyż z prądem wędruje lekarstwo w stanie jonowym, a w chwili połączenia się (jest „in statu nascendi") przechodzi w stan atomowy, elektrycznie obojętny.

Wpływ leczniczy diatermii polega na działaniu prądu szybko zmiennego (wzwyż milion drgań na sekundę), który powoduje powstawanie ciepła w tkankach, pobudza żywotność komórek i resorbcję materiału infekcyjnego.

Intoksykacja organizmu, występująca na skutek resorbcji materiału infekcyjnego, objawia się w przyspieszeniu opadania ciałek czerwonych krwi (Biernacki) już po dwu godzinach.

Na podstawie tego objawu wnioskujemy o aktywności ogniska.

Wpływ leczniczy jonoforezy polega na działaniu lekarstwa, którym tkanka zostaje napojona i korzystnym działaniu samego przepływu słabego prądu stałego przez tkankę. *T. O.*

P y t a n i e 12. *Czy przy replantacji należy usuwać ozębną z korzenia czy też, po odcięciu wierzchołków nie ruszać ozębnej i wprowadzić ząb do zębodołu. Co daje lepsze wyniki?*

Odpowiedź na pytanie **12**. Ozębnej się nie usuwa. *M. Jankowski.*

P y t a n i e 13. *Jakie postępowanie najszybciej usunie miejscowe dolegliwości po udałym zupełnym usunięciu zęba? Pacjent skarży się na ból ciągły, lekki obrzęk policzka, bolesność gruczołów podszczękowych. Temperatura 37·3 popołudniu, rano normalna. Miejsce po usunięciu zęba wrażliwe na ucisk, skrzep wygląda normalnie.*

Odpowiedź na pytanie **13**. Zdjęcie roetgenowskie decyduje, czy nie ma złamanego wyrostka zębodołowego, jeśli nie, najprawdopodobniej ostitis, na co wskazuje zajęcie gruczołu. Wskazane jest setonowanie zębodołu i terapia cieplna *M. J.*

P y t a n i e 14. *Bezzębna proteza pokrywa się szybko kamieniem nazębnym, zwłaszcza dolna, jak można temu zaradzić?*

Odpowiedź na pytanie **14**. Kamień nazębny usuwa włożenie protezy przez noc do Chloraktiny. Rp. Chloractin-Boruta
D. in Past.
D. S. 1/2 pastylki na pół szklanki wody letniej.

Po za tym należy szukać przyczynę powstawania kamienia. (Obstrukcja — alkalizacja). *T. Owiński.*

P y t a n i e 15. *Jaka jest zależność między konstrukcją protezy częściowej, a jakością podłoża tzn. błony śluzowej?*

Odpowiedź na pytanie **15**. Ruch zębów przy pracy w czasie spożywania pokarmów jest bardzo nieznaczny, ruch protezy spoczywającej na dziąśle jest wielokrotnie większy. Proteza na błonie śluzowej atroficznej ma twarde nieprzesuwalne podłoże. Na błonie śluzowej normalnej istnieje pewna możność

przesuwania protezy wraz z podłożem. Na błonie śluzowej jamy ustnej w stanie przerostu i rozpulchnienia (bł. śl. hypertroficzna) istnieje duża ruchomość protezy z podłożem. Ruch protezy rozłożyć można na pionowy, pochodzący z ugniecenia błony śluzowej i poziomy z przesuwalności błony śluzowej.

Ruch protezy rozchwiewa zęby filarowe, na których spoczywają klamry. Protezy włączonej w szereg zębów i w zupełności opartej na zębach nie można w tych rozważaniach brać pod uwagę, jako spoczywającej na zębach, a nie na błonie śluzowej.

Ruch boczny protezy dziąsłowej nie powinien być przenoszony na filary. Klamry mają za zadanie przytrzymywanie protezy do podłoża i przeciwdziałaniu lepkości pokarmów odrywającej protezy od podłoża. Zależność konstrukcji protezy od podłoża uwidacznia się w sposobie połączenia klamry z protézą. Im ruch protezy większy, tym luźniejsze powinno być połączenie protezy z klamrą. Uzyskujemy to albo przez długie sprężynowc, odpowiednio wygięty ogon klamry, albo w protezie, kauczukowej, przez szeroką pustą tulejkę otaczającą wylot klamry z kauczuku. Tulejkę uzyskuje się przez owinięcie przyzębowej części klamry folią cynową. Kwasem wyżera się po zwulkanizowaniu folię, a pusta tuleja u wylotu uchwytu klamry z kauczuku dozwala na ruchy protezy w stosunku do klamry.

Najlepiej wreszcie umożliwiają ruch protezy specjalne łamacze nacisku (Stress braker). *T. Owiński.*

P y t a n i e 16. *Jak można pacjentowi pomóc w wypadku pieczenia na końcu i brzegach bocznych języka?*

Odpowiedź na pytanie **16**. Miejscowo należy spiłować ostre brzegi zębów i wyleczać ropienie dziąseł. Choremu należy zabronić jedzenia pokarmów drażniących, ostrych, grubo mielonych, jakoteż palenie tytoniu, a zwłaszcza fajki.

Czasami występować mogą objawy pieczenia na skutek prądów, występujących w ustach przy niejednorodnych wypełnieniach metalowych. Nawet obecność jednego metalu w ustach, a drugiego w innym miejscu ciała może dać elektrolizę w jamie ustnej, powodującej pieczenie.

Najtrudniej jest znaleść przyczynę pieczenia, gdy jest objawem chorób ogólnych. Przy anemii złośliwej jest pieczenie języka jednym z pierwszych objawów, wyprzedzającym inne nieraz dość znacznie.

Przy tabes dorsalis mogą występować parestesje języka wcześniej niż choroba właściwa, jako objawy kiłowego zajęcia układu nerwowego. Podobnie przy niedokwaśności żołądka, następnie przy schorzeniach dziąseł i przewodu pokarmowego przy jednostronnym żywieniu, z brakiem witamin spotyka się pieczenie języka.

Niekiedy przy histerii i neurastenii spotkać się można z pieczeniem języka, zwłaszcza przy neurastenii objawowej po wypadkach, jak oparzenie termiczne lub chemiczne języka, a nawet obawa przed rakiem języka może dać podobne objawy. *T. Owiński.*

P. T. Panów Kolegów prosimy o jaknajszerszą współpracę w nadsyłaniu zarówno pytań, jak i odpowiedzi, aby dział ten był wzajemną poradnią.

Prof. Dr. Władysław Szymonowicz.

(1869—1939).



Dnia 9 marca 1939 zmarł we Lwowie jeden z najwybitniejszych uczonych śp. prof. dr. Władysław Szymonowicz, były dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu U. J. K. w r. 1906 i 1907, członek Polskiej Akademii Umiejętności, Towarzystwa Naukowego we Lwowie, Członek honorowy Towarzystw Lekarskich w Warszawie, Częstochowie i Wilnie.

Śp. profesor Szymonowicz urodził się w Tarnopolu w r. 1869, studia medyczne ukończył w Krakowie i był asystentem przy katedrze fizjologii prof. Cybulskiego. W r. 1885 pracuje w Berlinie u prof. Oskara Hertwiga. W r. 1886 habilituje się z hitologii na Uniwersytecie Jagiellońskim. W r. 1896 zostaje powołany na katedrę histologii i embriologii do Lwowa w charakterze profesora nadzwyczajnego.

Do najcenniejszych prac należą: Badania nad zakończeniami nerwu (1892), które wyrobiły mu sławę wszechświatową; O budowie zębiny (1895); Beiträge zur Kenntnis der Nervenendigungen in Hautgebilde; szereg prac z badań fizjologii nadnerczej.

Na szczególną uwagę zasługuje jego podręcznik histologii i anatomii mikroskopowej, wydany po raz pierwszy w r. 1901, a który doczekał się do r. 1933 6-ciu wydań i był tłumaczony na język angielski, włoski, polski i hiszpański.

Na czoło z ogłoszonych prac wybija się monografia o zakończeniach nerwowych z kilkudziesięciu gatunków ssaków na podstawie materiału, zebranego przez okres kilkudziesięciu lat pod tytułem „Vergleichende Untersuchungen über die Innervation der Sinushaare bei den Säugern".

Nadmienić należy, że Zakład śp. profesora Szymonowicza już w latach 1911—1914 był najbogatszym na świecie w zbiorach zakończyn nerwowych włosów zatokowych.

Po za pracami o charakterze badawczym ogłosił śp. profesor Szymonowicz szereg artykułów popularno naukowych oraz szereg interesujących listów z podróży.

W r. 1936 z okazji 40-lecia pracy naukowej śp. prof. Szymonowicza świat lekarski wyraził zasłużonemu jubilatowi wyrazy hołdu za Jego działalność naukową, pedagogiczną i społeczną.

Stomatologia Polska zawdzięcza zasłużonemu uczonemu pierwsze gruntowne badania nad przebiegiem kanalików zębinowych, a ryciny przedstawione w jego podręczniku jeszcze dziś uchodzą za klasyczne.

Śp. prof. Szymonowicz był współpracownikiem naszego wydawnictwa Ostatnio ogłosił bardzo cenną pracę w Polskiej Stomatologii (1936. str. 564—572, ryc. 4) na temat „O kanalikach zębiny".

Cześć pamięci Jednemu z największych uczonych i zasłużonemu Polakowi, który dzięki Swemu podręcznikowi pozyskał uczniów we wszystkich krajach świata, a między nimi wybitnych badaczy i uczonych.

Redakcja.

RUCH W TOWARZYSTWACH.

Sprawozdanie

z działalności Zarządu Rady Centralnej Stowarzyszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzp. P. za rok 1938.

Zarząd Rady Centralnej, wybrany na Zjeździe Delegatów w dniu 6-go stycznia 1938 r., stanowili koledzy:

Prezes — Perliński Wiktor,

Wiceprezesi: Essigman Stanisław, Dr. Berger Henryk, German Maurycy i Neyman Witold.

1-szy Sekretarz — Mokrzycki Antoni, 2-gi Sekretarz — Mesz Daniel.

Skarbnik — Lubodziecki Henryk.

Członkowie Zarządu: Karnibad Tadeusz, Sachs Leon i Ujejski Aleksander.

Zastępcy do Zarządu: Beno Stanisław, Blikle Stanisław i Szatkowska Halina.

Komisja Rewizyjna: Niedźwiedzki Alfred, Rozenowicz Michał, a na zastępcę Bauer Nikodem.

Komisja Kompetencyjna: Blikle Stanisław, Bloch Stanisław, Essigman Stanisław, Lubczyński Zygmunt, Niedźwiedzki Alfred.

Ze względu na wystąpienie w grudniu 1938 r. ze składu R. C. Związku Lekarzy Dentystów w Państwie Polskim, a tym samym zmniejszenie się kompletu Zarządu o 3-ch członków, Delegatów Związku w P. P., na ich miejsce, jako członkowie rzeczywiści weszli koledzy: Beno, Blikle i Szatkowska.

W skład Rady Centralnej wchodziły następujące Zrzeszenia:

1. Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej.
2. Związek Lekarzy Dentystów Polaków w Wilnie.
3. Związek Stomatologów i Lekarzy Dentystów Ziem Zachodnich R. P.
4. Związek Lekarzy Dentystów w Państwie Polskim.
5. Związek i Towarzystwo Lekarzy Dentystów Chrześcijan w Warszawie.
6. Związek Odontologiczny w Częstochowie.
7. Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów Rzp. P.
8. Polski Związek Lekarzy Dentystów Chrześcijan Województwa Śląskiego.
9. Stowarzyszenie Lekarzy Dentystów Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie.

W czerwcu r. u. przystąpił do Rady Centralnej Związek Lekarzy Dentystów Żydów w Wilnie. Zarząd zgodnie z § 7 statutu R. C. Związek ów przyjął do czasu zatwierdzenia tegoż przez Zjazd Delegatów.

Zarząd Związku Lekarzy Dentystów w P. P. zawiadomił pismem z dn. 5. XII. 1938 r. o swym wystąpieniu z Rady Centralnej i odwołaniu swoich delegatów, zapowiadając motywy wystąpienia zakomunikować na piśmie w czasie najbliższym.

Nie posiadając dotychczas tych motywów, Zarząd R. C. wstrzymuje się od poddania krytyce nagłego tego postępowania, aczkolwiek na wszystkich posiedzeniach Zarządu R. C. delegaci Związku w P. P. szczególniej mocno przemawiali za dalszym istnieniem Rady Centralnej.

Czynności Zarządu należy dzielić na: 1. Okres przedwyborczy, a następnie wejścia w życie samorządu lekarsko-dentystycznego i 2. na okres działalności zwykłej, dotychczasowej.

I. Okres Przedwyborczy i wejścia następnie w życie samorządu lekarsko-dentystycznego.

Z chwilą przyjęcia przez ciała ustawodawcze ustawy o izbach lekarsko-dentystycznych, Zarząd R. C. postawił sobie za zadania przyczynienia się do współpracy przy wprowadzeniu tej ustawy w życie.

Celem zaznajomienia się z techniką organizacji izb, zaproszony został przez Zarząd Radca Ministerialny p. Wojnarski, który udzielił wyczerpujących wyjaśnień.

W związku z wyjaśnieniami p. Wojnarskiego powstały zagadnienia następujące:

1. Utworzenie Komisji Opiniodawczej przy Ministerstwie Opieki Społecznej.
2. Ustalenie ilości izb okręgowych, ich zasięgu terytorialnego i siedzib.
3. Ordynacja Wyborcza.
4. Projekt składu Komisji Wyborczych.
5. Sprawa ogłaszania komunikatów wyborczych.

Wszystkie wyżej poruszone sprawy były na warsztacie pracy i przedmiotem intensywnych obrad Zarządu w omawianym okresie.

Celem skoordynowania i uzgodnienia poglądów całego zawodu podczas wyborów, w myśl pierwszego punktu zagadnień, Zarząd Rady Centralnej postanowił nawiązać kontakt ze Stowarzyszeniem Absolwentów i aby w Komisji Opiniodawczej przy Ministerstwie Opieki Społecznej nie było rozdźwięków międzyzrzeszeniowych, utworzona została Komisja Porozumiewawcza, w skład której weszli przedstawiciele R. C. i Stowarzyszenia Absolwentów.

Na posiedzeniu Komisji Porozumiewawczej odrazu zarysowała się niechęć absolwentów do współpracy.

Wysunięte przez nich żądanie wyznaczenia do Komisji Opiniodawczej równej ilości członków jak z naszej, tak z ich strony, nasi delegaci w osobach kolegów Essigmana, Karnibada i Ujejskiego uważali w stosunku do R. C., reprezentującej w swoich organizacjach większość zrzeszonych, za niesprawiedliwe i wygórowane, więc po porozumieniu się z Zarządem nie wyrazili swojej zgody na żądanie absolwentów.

Tą drogą Komisja Porozumiewawcza została rozwiązana.

Pomimo nieprzychylnego ustosunkowania się pewnych czynników, Zarząd R. C. jednak przyjmował udział w pracach organizacyjnych, zmierzających do wprowadzenia w życie samorządu.

Przedstawiciele R. C. uczestniczyli w obradach na terenie Ministerstwa Opieki Społecznej i w konferencjach z p. Wojnarskim.

Również Zarząd R. C. brał udział w ustaleniu ilości izb, ich siedzib i podziału terytorialnego.

Z inicjatywy Zarządu R. C. zamianowano na zastępców Komisarza Rządowego kolegów lekarzy dentystów.

Z chwilą zamianowania p. Wojnarskiego Komisarzem Rządowym Izb Lekarsko-Dentystycznych sprawa wyborów i uruchomienia izb potoczyła się drogą ustaloną przepisami oficjalnymi.

Oczywista rzecz, Izba wszystkie sprawy załatwi, jako instytucja siłę egzekutywną mająca i do tego została powołaną.

Nie wyklucza to jednak, aby organizacje zawodowe, a w tym wypadku Rada Centralna, zasobna w długoletnie doświadczenie i obeznana z wszystkimi bolączkami zawodu naszego nie byłaby w możności wystąpienia z dezyderatami i skierowania tychże do Izb.

Nie kolidowałaby praca R. C. z działalnością izb, a odwrotnie byłaby Izbom pomocną, doradczą, skoordynowaną przez zjednoczenie wszystkich organizacyj instytucją, mającą charakter szczerze koleżeński i bardzo wiele przynoszącą zawodowi korzyści.

Na tej właśnie płaszczyźnie Zarząd R. C. zaprojektował kontynuowanie swojej dalszej pracy i wytknął cały szereg postulatów, omówienie i wprowadzenie których w życie jest nakazem chwili.

Do tych spraw Zarząd R. C. pomiędzy innymi zalicza:

1. Propagandę wśród społeczeństwa,

2. Żądanie od Akademii Stomatologicznej podniesienia poziomu wykształcenie protetycznego,

3. Utworzenie instytucji orzecznictwa (artykułów, metali i t. d.), obostrzenie postępowania w stosunku do lekarzy dentystów, kierujących swoich pacjentów do techników dentystycznych z robotami protetycznymi.

5. Zabronienie wykonywania przez kolegów zabiegów lekarsko-dentystycznych na zlecenie techników.

6. Walkę z nielegalną praktyką techników dentystycznych.

7. Sprawę przepisywania leków.

8. Sprawę nieszlachetnych metali.

9. Sprawę ulg w uzdrowiskach.

10. Sprawę normowania cen i pracy zawodowej i bardzo wielu innych spraw żywotnych dla zawodu.

Wszystkie wzmiankowane sprawy Zarząd postanowił przekazać do omówienia Zjazdowi Delegatów.

W tym miejscu należy zaznaczyć, iż staraniem R. C. sprawa przepisywania leków przez lekarzy dentystów dopiero w tym roku została uwieńczona dodatnim skutkiem, a mianowicie wyszło rozporządzenie Ministerstwa Opieki Społecznej z dnia 16. I. 1939 r. regulujące tę sprawę.

Należy zaznaczyć, że wiele zaważyła i pomocną nam była opinia w powyższej sprawie pana prof. dra A. Cieszyńskiego, który zawsze gorliwie popierał postulaty słuszne lekarzy dentystów.

II. Czynności w zakresie działalności dotychczasowej.

1. Do tych czynności należy również zaliczyć zwołane z inicjatywy Zarządu R. C. zebranie informacyjno-dyskusyjne, które się odbyło 15-go stycznia 1938 r. w Anatomicum U. J. P. dla zapoznania szerokich kół kolegów z treścią i duchem ustawy o Izbach Lekarsko-Dentystycznych, sposobem organizacji Izb i projektem ordynacji wyborczej. Do zreferowania powyższego uproszony został Radca Min. Op. Sp. p. Wojnarski.

W zebraniu wzięło udział kilkuset kolegów zrzeszonych i niezrzeszonych.

Ministerstwo Opieki Społecznej reprezentował zastępca Dyrektora Departamentu, płk. Dr. Jerzy Babecki, Urząd Zdrowia Komisariatu Rządu — Naczelnik Dr. Eberhardt, poza tym byli obecni profesorowie Akademii Stomatologicznej i przedstawiciele prasy.

Zebranie zagaił, obecnych przywitał i cel zebrania wyjaśnił prezes R. C. kol. Perliński.

Radca p. Wojnarski szczegółowo omówił ustawę, projekt ordynacji wyborczej i wszystkie inne sprawy, związane z organizacją Izb Lekarsko-Dentystycznych. Po referacie rozpoczęła się bardzo ożywiona dyskusja, w której brało udział kilkunastu kolegów.

P. Dyrektor Babecki w przemówieniu, zamykającym zebranie, wyraził zadowolenie z licznego udziału kolegów, co świadczy o wielkim zainteresowaniu i potwierdza opinię Rządu o konieczności utworzenia samorządu dla naszego zawodu.

2. Zarząd Rady Centralnej brał udział w posiedzeniach Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych. Zarząd R. C. uchwalił list Stałej Delegacji w sprawach organizacyjnych Zjazdu Naukowego przyjąć do wiadomości, a ustosunkowanie się do sprawy Zjazdu w 1939 r. uzależnić od przebiegu prac Stałej Delegacji, zmierzających do zaniechania tarć i doprowadzenia do zgody między stronami powaśnionymi.

W myśl tej uchwały, Zarząd Rady Centralnej wystosował w kwietniu r. u. list do Prezydium Stałej Delegacji i wszystkich organizacyj, wchodzących w skład R. C. z prośbą i propozycją pacyfikacji stosunków na terenie Stałej Delegacji.

Zarząd R. C. doszedł do wniosku, iż udział w Zjeździe całego zawodu jest niezbędnym warunkiem dla podniesienia prestiżu zawodowego, do czego musi nastąpić zgoda pomiędzy Warszawą a Lwowem, a także, aby uczestnictwo wszystkich katedr całego Państwa było zapewnione. O ile do 1939 r. w tej sprawie nie dojdzie do porozumienia, racjonalnym byłoby przesunąć termin Zjazdu na rok 1941, kiedy takowy odbyłby się jako Sekcja Stomatologiczna Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

---

3. Na pismo Zarządu R. C. poparte wywodami kol. kol. Delegatów R. C., spowodowane zapytaniem Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej, Skarbowa Izba Grodzka w Warszawie, zakomunikowała (pismem z dnia 27. V. r. u. N. 11/3/163-2/93/38), iż dla zawodu lekarsko-dentystycznego ustalona została norma dochodowości na rok 1937 w wysokości od 50 do 65% od obrotu, przyczym, wg. wyjaśnień w okólniku zawartych, należy od kwoty obliczonej na podstawie normy netto — potrącić koszty czynszu płaconego za lokal, służący do wykonania zajęcia zawodowego (poczekalnia, gabinet), z zaznaczeniem, iż koszt lokalu nie może być potrącony w wypadku, gdy zajęcie zawodowe jest wykonywane we własnym domu.

O treści powyższego komunikatu zawiadomione zostały wszystkie organizacje, wchodzące w skład R. C.

Na propozycję Warszawskiej Izby Skarbowej powiatowej wyznaczeni zostali przez Zarząd R. C. biegli do spraw podatkowych dla niektórych miejscowości poza Warszawą; jako też i dla kilku Urzędów w Warszawie.

---

4. W sprawie samolotu im. lekarza dentysty należy zaznaczyć, iż na odezwę komitetu zbiórki składki z początku wpływały w żywym tempie, ale ostatnio, z chwilą wejścia w życie samorządu, wpływy się zmniejszyły.

Składki były różne: od zł. 100 do bardzo małych, bo aż pięćdziesięciogroszowych.

Minimalna składka uchwalona przez Zjazd Delegatów w dn. 5. I. 1937 r. wynosi zł. 10, więc nadsyłanie groszy pięćdziesiąt jest więcej niż ignorancją. Na pocieszenie Zarząd czuje się w obowiązku zakomunikować, iż są koledzy i organizacje, które naprawdę mogą służyć przykładem. Na szczególne wyróżnienie i koleżeńskie podziękowanie zasługuje Zrzeszenie Lekarzy Dentystów Kasy Chorych m. Warszawy, które na ostatnim swoim likwidacyjnym posiedzeniu z dn. 28 listopada 1938 r. postanowiło przeznaczyć z pozostałego funduszu swego zł. trzy tysiące (zł. 3.000) na samolot im. lekarza dentysty.

Również w odpowiedzi na pismo Zarządu R. C. w sprawie uczczenia 20-lecia Niepodległości Polski — Związki Lekarzy Dentystów Wileńskie: Związek Lekarzy Dentystów Polaków i Związek Lekarzy Dentystów Żydów (ten pierwszy) nadesłali po zł. 150 każdy na samolot. Bis dat, qui cito dat.

Dotychczasowy wpływ na samolot w P. K. O. wynosi ogółem zł. 6.300. Szanse pomyślnego zakończenia zbiórki podniosły się.

---

5. W sprawie przynależności do R. C. Polskiego Związku Lekarzy Dentystów Chrześcijan Woj. Śląskiego, Zarząd R. C. wyjaśnił, iż uważa Związek jako członka R. C., gdyż:

1-a według posiadanych w archiwum R. C. dokumentów — Polski Związek Lekarzy Dentystów Chrześcijan Woj. Śląskiego przyjęty został do R. C. w dn. 6 stycznia 1934 r. na zasadzie podania tegoż Związku z dn. 8 grudnia 1933 roku,

2-a w latach 1934, 1935, 1936 i 1937 Związek ów regularnie płacił składki członkowskie,

3-a na Zjazdach Delegatów R. C. Związek reprezentowany był: w 1935 r. przez kol. Gordzickiego, w 1936-ym roku — przez kol. Dymszego Henryka, a w roku 1937-ym przez kol. D-ra Gondzika.

Odpowiedzi na powyższe Polski Związek Lekarzy Dentystów Chrześcijan Woj. Śląskiego nie nadesłał do dnia dzisiejszego.

---

6. Sprawy ogólne i administracyjne (wyciąg):

Posiedzeń odbył Zarząd 19, pism nadesłanych było 40, wysłanych 180.

Uchwalono zwołać dwa Zjazdy: w niedzielę dn. 19 marca 1939 r. o godz. 10½ rano pierwszy Zwyczajny Doroczny Sprawozdawczy Zjazd Delegatów R. C., a o godz. 13-ej tegoż dnia, na zasadzie § 29 statutu R. C. drugi Nadzwyczajny Zjazd Delegatów R. C. dla rozpatrzenia wniosku, przyjętego przez większość członków Zarządu o likwidacji Rady Centralnej. *)

Sekretarz: *A. Mokrzycki.* Prezes: *W. Perliński.*

*) Zaproszenie wraz z porządkiem obrad zostały rozesłane. — Redakcja.

Sprawozdanie kasowe

za czas od 1 stycznia 1938 r. do 1 marca 1939 r.

Wpływy:	Zł.
1. Saldo na 1/I 1938 r. . . .	5·59
2. Odsetki P. K. O. za 1937 r.	1·23
3. Za sprzedane 10 dolarówek	426·—
4. Zrzeszenia wpłaciły:	
a) na Fundusz Pogrzebowy ś. p. Al. Stokowskiego	520·—
b) Składki członkowskie .	870·—
5. Z P. K. O. podniesiono za czekami	510·—
	2.332·82

Wypłaty i wydatki:	
1. Zwrot kol. Essigmanowi pożyczki	150·—
2. do P. K. O, przekazano .	515·60
3. Koszta pogrzebu ś. p. Al. Stokowskiego	661·20
4. Sekretariat	355·—
5. Materiały piśmienne, kancelaryjne i wydatki drobne	127·45
6. Porto	74·05
7. Goniec, woźni	143·—
8. Reprezentacyjne	274·25
Saldo na 1/III 1939 r. . .	32·27
	2.332·27

Stan czynny:	Zł.
1. Kasa gotówką	32·27
2. P. K. O. saldo	5·60
3. Dłużnicy:	
a) Związek Stom. Lwow. Izby Lek.	130·—
b) Zw. Lek. Dent. w P. P.	180·—
c) Zw. Odontol. w Częstochowie	120·—
d) Zw. Lek. Dent. Polaków w Wilnie	30·—
e) Zw. Lek. Dent. Żydów w Wilnie	30·—
	527·87

Stan bierny:	
R-k Związku i Tow. Lek. Dent. Chrześcijan należy się Im do komornego . .	70·—
Przewidywane wydatki . . .	300·—
Do ewentualnego rozliczenia	157·87
	527·87

Skarbnik (—) *H. Lubodziecki.*

F. D. I.

XXXIII. Posiedżenie doroczne w Zurychu.

Od 25—30 lipca 1939 r.

Prezydium Międzynarodowego Związku Dentystycznego (F. D. I.) oznaczyło termin na XXXIII doroczne posiedzenie na dzień 25—30 lipca br.

Posiedzenie to zgodnie z uchwałą powziętą w Stokholmie ma się odbyć w Szwajcarii w Zurychu w czasie Szwajcarskiej Krajowej Wystawy. Ponieważ spodziewany będzie większy napływ gości zagranicznych należy wcześniej zgłosić swój udział i zamówić mieszkanie. Zgłoszenie mieszkania należy nadesłać pod adresem prof. Dr. P. Schmutziger, 51 Eidmattstrasse 7.

Pokój jednoosobowy klasy a 11·50—14·50 fr.
„ „ „ b 8—10·50 „ usługa 15%.

Program szczegółowy:

Posiedzenia odbędą się w głównej kwaterze: Hotel Bauer au lac Talstrasse.

25. VII. wtorek o godz. 3 oficjalne otwarcie, o godz. 4 główne posiedzenie. Posiedzenia Komisji odbędą się w dniach następnych rano od godz. 9 i po obiedzie o 2-giej.

Program towarzyski: 25. VII. o 21 przyjęcie członków oraz ich pań przez Szwajcarskie Towarzystwo Lekarzy dentystów.

Wieczory w środę i w czwartek przeznaczone są na zwiedzenie indywidualne Wystawy.

29. VII. w sobotę: bankiet.

30. VII. w niedziclę: wycieczka w okolicę Zurychu.

Komisja nauczania zastanawiać się będzie nad metodami nauczania w zakresie chirurgii dentystycznej, zachowawczej i farmakologii. W tymże celu rozesłano kwestionariusz do delegatów poszczególnych państw.

Program innych Komisji nie jest jeszcze ogłoszony. W piątek 28. VII. br odbędzie się wspólne posiedzenie naukowe, na którym będą wygłaszane wykłady o poszczególnym znaczeniu zawodowym.

Uczczenie pamięci George'a Villaina.

Celem uczczenia pamięci George'a Villaina, b. długoletniego prezesa FDI. który zeszłego roku zginął śmiercią tragiczną w wypadku samochodowym wraz z najbliższą rodziną — o czym donosiliśmy w Polskiej Stomatologii — utworzył się w Paryżu osobny Komitet.

Sekretarzem tegoż Komitetu jest dr. Solas. Adres: Paris 9—45 Rue de la Tour D'Auvergne.

Do Komitetu należą najwybitniejsi przedstawiciele nauki, świata politycznego, przedstawiciele zakładów naukowych dentystycznych, redakcje pism, oraz najwybitniejsi przedstawiciele F. D. I. z prezesem dr. Loganem na czele

Komitet uchwalił uczcić pamięć zmarłego pomnikiem: mianowicie popiersiem. Pomnik ma stanąć w szkole dentystycznej w Paryżu, w której był długoletnim profesorem i dyrektorem.

Składki na ten cel należy nadsyłać pod wyżej podanym adresem. Zarząd Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I. zwraca się przede wszystkim do Zarządów Organizacji, które wchodzą w skład P. K. N.—F. D. I. o wzięcie udziału w złożeniu hołdu cieniom zmarłego prezesa F. D. I. przez nadesłanie składki albo wprost pod adresem Sekretarza Komitetu, albo też na ręce skarbnika P. K. N.—F. D. I. kolegi Gombińskiego, Warszawa, pl. Żelaznej Bramy 1.

Składki nadesłane do dnia 1 kwietnia będą odesłane wspólnie z wymienieniem ofiarodawcy. Późniejsze składki przesłać należy wprost do Paryża.

Dnia 23 lipca br. odbędzie się uroczystość odsłonięcia pomnika w Paryżu, w której weźmie udział także Prezydium F. D. I.

Na ten cel złożyli z Polski dotychczas:

Związek Stomatologów Izby Lekarskiej Lwowskiej	zł.	13·—
Prof. Dr. A. Cieszyński	„	13·—
Polski Komitet Narodowy F. D. I.	„	20·—

Międzynarodowy Kongres Badaczy przyzębic (Arpa Internationale) odbędzie się w Fryburgu (Freiburg in Breisgau), Niemcy od 6 do 9-go sierpnia 1939.

Głównym tematem będzie Konstytucja i domestykacja w związku z chobami przyzębia". Główni referenci: dr. A. Hruška Mediolan, Heinz Bober Berlin, prof. Beltrami Marsylia.

Zgłoszenia referatów należy nadesłać jaknajwcześniej na ręce przewodniczącego Polskiego Komitetu „ARPA", prace również jaknajwcześniej pod adresem gł. sekretarza dra Helda, Géneve, Rue Lachenal 1.

W roku obecnym obchodzi Prezes honorowy „Arpa Internationale" dr. Oskar Weski z Berlina swoje 60-lecie. W dowód uznania jego prac wobec „Arpa Intern." — prace VIII. Zjazdu we Fryburgu zostaną mu poświęcone.

Zarząd „Arpa Internationsle" przystępuje do zestawienia bibliografii międzynarodowej, dotyczącej chorób przyzębia. Uprasza się Redakcje Pism o sporządzanie dwa razy do roku kartoteki prac, które się ukazują w pismach przez nie redagowanych, według wzoru, które otrzymać można u dr. Helda.

Arpa Międzynarodowa łączy obecnie 30 Komitetów Narodowych.

Prezesami honorowymi są: dr. O. Weski, Berlin, prof. dr. M Roy Paryż, prof. Loos Frankfurt n. M. +1936.

Członkami honorowymi są: prof Askenaze Génevè, prof. Pende Genua, prof. Bloch Kopenhaga, prof. H. Sigmund Kiel.

Zarząd Towarzystwa „Arpa Internationale" z siedzibą w Genewie stanowią:

Prezes: dr. h. Rene Jaccard, rue Saint-Leger 8.

Sekretarz: dr. A. J. Held, rue Adrien Lachenal 1.

Skarbnik: dr. med. C. Jung, route de Malagnou 4.

Pomocnicy sekretarze: dr. P. Jeannet, dr. U. Vauthier, dr. P. Badrutt, dr. Brunswick, dr. Teysseire, dr. Farner.

Lwowskie Towarzystwa Naukowe.

W Towarzystwie Lekarskim Lwowskim odbyło się posiedzenie administracyjne i sprawozdawcze, na którym wybrano nowy Zarząd. Prezesem wybrano prymariusza dra Domaszewicza, wiceprezesem prof. Steusinga, sekretarzem dr. Rzucidłę.

W Towarzystwie Lekarskim Lwowskim odbyło się w piątek 10 marca demonstracje z materiału Kliniki Stomatologicznej Uniw. J. K. prof. Antoni Cieszyński przedstawił następujące przypadki:

1) Ciężkie obrażenie podstawowe żuchwy z oderwaniem przedniego odcinka trzonu, na skutek czego stracił chory możność wymowy, Poprawa stanu przez zabieg operacyjny. Przypadkowe stwierdzenie pola niezwapnionego w kości ciemieniowej. (Foramen parietale permagnum?)

2) Złamanie żuchwy z oderwaniem spina mentalis int.

3) Obrażenie podstawowe szczęki dolnej w okolicy pozatrzonowej bez przerwania ciągłości ruchu. Pozostanie kuli rewolwerowej pod przednim płatem mózgu w pobliżu jamy czołowej bez znaczniejszych objawów.

4) Ciężkie obrażenie żuchwy z następowym zapaleniem kości szczękowej i ropowica w okolicy podbródkowej — pokaz szyny ustalającej ułamki.

5) Zatykadło celem zamknięcia większego ubytku w szczęce po wycięciu połowy szczęki górnej i nowy sposób ustalenia przyrządu w ustach na trzech teleskopowych koronach.

6) Wyleczenie rwy pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego za pomocą zastrzyku alkoholu.

7) Pokaz nowego przyrządu („Stomatolux"), służącego zarazem za wziernik, do oświetlania jamy ustnej podczas badania, pokazów i zabiegów operacyjnych.

Związek Stomatologów Izby Lekarskiej Lwowskiej. W sobotę dnia 11 marca odbyło się w Klinice Stomatologicznej U. J. K. posiedzenie naukowe z następującym porządkiem:

1) Demonstracje z materiału Kliniki Stom. U. J. K. Prof. Dr. Antoni Cieszyński.

1) Chora z rakiem wśródustnym policzka z założonymi igłami radowymi.

2) Chory z ciężkim obrażeniem postrzałowym żuchwy (pokaz drugi w trakcie leczenia).

Dr. Soldinger: pokaz protezy przy preparacji szczęki górnej z połączeniem do jamy nosowej przy toczniu oraz sztucznego nosa z celuloidu wykonanego przez chorego samego.

II, Wykład. Dr. Ignacy Pietrzycki: Status parodontozy z uwzględnieniem kart choroby dla schorzeń przyzębicy.

W dyskusji zabierali głos kol.: dr. Berger, doc. Tychowski, prof Cieszyński.

Wiadomości uniwersyteckie.

LWÓW. Dr. Bolesław Jałowy, docent Uniwersytetu Jana Kazimierza, zamianowany został profesorem nadzwyczajnym histologii i embriologii na Wydziale lekarskim tegoż Uniwersytetu i obejmuje katedrę histologii i embriologii po śp. prof. Szymonowiczu.

Tytuł profesora tytularnego otrzymali: dr. Józef Dadlez, docent toksykologii i chemii teksykologicznej; dr. Antoni Dobrzański, docent oto-laryngologii, dr. Władysław Dobrzaniecki, docent chirurgii, dr. Adam Gruca, docent chirurgii ortopedycznej, oraz dr. Tadeusz Marciniak, docent anatomii opisowej.

Ordynatorami Państw. Szpitala Powsz. mianowani zostali: dr. Władysław Dobrzaniecki, na Oddziele chirurgicznym i dr. Adam Gruca, na Oddziele chirurgicznym Szpitala św. Zofii we Lwowie.